



Nom : Prénom :

Date de naissance : Classe :

Numéro de sécurité sociale (obligatoire pour les sections professionnelles) :

Coordonnées de la Mutuelle :

Externe Interne Demi-pensionnaire

Etablissement année scolaire dernière :

Représentants légaux	
Responsable légal (qui paie les frais scolaires)	Responsable légal
NOM et Prénom : <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère	NOM et Prénom : <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère
Précisez où l'enfant vit <u>habituellement</u> <input type="checkbox"/> domicile commun <input type="checkbox"/> chez son père* <input type="checkbox"/> chez sa mère* <input type="checkbox"/> garde alternée*	
Adresse : CP : Ville :	Adresse : CP : Ville :
Téléphone domicile : Téléphone professionnel : Portable :	Téléphone domicile : Téléphone professionnel : Portable :
Mail :	Mail :
Tuteur / Foyer / Référent	
NOM et Prénom :	
Adresse :	
CP : Ville :	
Téléphone : Mail :	

NOM et téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :
.....

- **Antécédents médicaux et chirurgicaux (dates) :**

.....
.....
.....
.....

- **Allergies éventuelles :**

.....
.....

- **Traitement en cours (nom des médicaments) :**

.....
.....
.....

- **Hospitalisations :**

.....
.....
.....
.....

- **Votre enfant bénéficie d'un aménagement particulier de sa scolarité :**

OUI * NON

PAI PAP PPS

AVS/AESH préciser (AESH mutualisé, individuel, nombre d'heures)

Matériel Pédagogique Adapté



Merci de contacter le Médecin Scolaire dès la rentrée pour mettre en place les aménagements

L'infirmier(e) appliquera les traitements prescrits par le médecin de famille seulement si les médicaments sont accompagnés d'une photocopie de l'ordonnance. **Les internes doivent impérativement déposer leur traitement à l'infirmierie.**

IMPORTANT :

Date du dernier rappel de vaccin DTCOQ polio :

ROR date de la 1^{ère} injection : date de la 2^{ème} :

Attention : photocopie à joindre **UNIQUEMENT** pour les élèves du Site Lanroze

Autre information que vous jugez nécessaire :

.....
.....

RAPPEL:

En cas d'accident bénin ou maladie, il est de la responsabilité des parents de venir chercher et d'accompagner leur enfant mineur vers une structure de soins de leur choix.

En cas d'accident grave ou urgence médicale, la décision de transport immédiat sera soumise à la responsabilité du centre 15.

Tout renseignement confidentiel complémentaire pourra être transmis sous pli cacheté à l'infirmierie de l'établissement

contacts : site Vauban : 02 98 43 82 33

site Lanroze : 02 98 03 23 02

Service médico-social : 02 98 80 88 24