




Document à compléter en MAJUSCULES le plus clairement possible.

DOCUMENT NON CONFIDENTIEL




**IDENTITE DE L'ELEVE**

Nom : \_\_\_\_\_  
Prénoms : \_\_\_\_\_  
Né(e) le : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_  
Sexe : M  F  Nationalité : \_\_\_\_\_  
Courriel @ : \_\_\_\_\_ Numéro de portable : \_\_\_\_\_  
Date d'entrée : \_\_\_\_\_ Régime : Externe  Demi-pensionnaire  Interne




**REPRESENTANT LEGAL**

Lien de parenté : Père  Mère  Tuteur  Autres :  \_\_\_\_\_  
Nom : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_  
 Domicile : \_\_\_\_\_  Travail : \_\_\_\_\_  Portable : \_\_\_\_\_  
Courriel @ : \_\_\_\_\_  
**Responsable à contacter en priorité :  OUI  NON**

**REPRESENTANT LEGAL**

Lien de parenté : Père  Mère  Tuteur  Autres :  \_\_\_\_\_  
Nom : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_  
 Domicile : \_\_\_\_\_  Travail : \_\_\_\_\_  Portable : \_\_\_\_\_  
Courriel @ : \_\_\_\_\_  
**Responsable à contacter en priorité :  OUI  NON**

**AUTRE PERSONNE A CONTACTER**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Domicile : \_\_\_\_\_  Travail : \_\_\_\_\_  Portable : \_\_\_\_\_

**Autres renseignements**

N° et adresse du centre de sécurité sociale : \_\_\_\_\_  
N° et adresse de l'assurance scolaire : \_\_\_\_\_

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille ou, pour les élèves internes, selon les modalités définies dans le règlement intérieur de l'établissement.

**Informations complémentaires**

Date du dernier rappel antitétanique : \_\_\_\_\_  
Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre...) : \_\_\_\_\_  
NOM, adresse et n° de téléphone du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du médecin ou de l'infirmière de l'établissement.