


**NOM :**

**PRENOM :**

**SANTE : (Sur la présente fiche, renseignements généraux, non confidentiels)**

Le cas échéant si le suivi médical de votre enfant nécessite que vous transmettiez des informations confidentielles, merci de les joindre sous pli cacheté à l'attention de l'Infirmière et/ou du Médecin scolaire.

**Nom, adresse et téléphone du médecin traitant :**

Nom \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_

**Nom, adresse et téléphone du centre de sécurité sociale :**

Nom \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_

**Nom, adresse et téléphone de votre assureur scolaire :**

Nom \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_

**VACINATIONS :** Joindre la copie des pages vaccinations du livret de santé de votre enfant.

**Observations particulières que vous jugez utile de porter à la connaissance de l'établissement :**

(Si besoin, le cas échéant joindre un courrier)

---

En cas d'urgence, pour mon enfant accidenté ou malade, je suis dument informé qu'il serait orienté et pris en charge par les services de secours et transporté vers l'hôpital le plus adapté. J'en serais tenu informé par l'établissement que je tiendrais également informé en retour. Si mon enfant est mineur ou interne, il ne pourra quitter l'hôpital qu'accompagné par un de ses responsables légaux.

Je soussigné(e), Premier responsable légal : \_\_\_\_\_

Deuxième responsable légal : \_\_\_\_\_

- Atteste avoir pris connaissance de toutes les informations liées à l'inscription de mon enfant,
- Certifie l'exactitude de tous les renseignements fournis,
- Avoir délivré toutes les autorisations demandées, formulaire joint.

Date et signature des responsables légaux,

de l'élève,

---

**NOM :**

**PRENOM :**

**SANTE : (Sur la présente fiche, renseignements généraux, non confidentiels)**

Le cas échéant si le suivi médical de votre enfant nécessite que vous transmettiez des informations confidentielles, merci de les joindre sous pli cacheté à l'attention de l'Infirmière et/ou du Médecin scolaire.

**Nom, adresse et téléphone du médecin traitant :**

Nom \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_

**Nom, adresse et téléphone du centre de sécurité sociale :**

Nom \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_

**Nom, adresse et téléphone de votre assureur scolaire :**

Nom \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_

**VACINATIONS :** Joindre la copie des pages vaccinations du livret de santé de votre enfant.

**Observations particulières que vous jugez utile de porter à la connaissance de l'établissement :**

(Si besoin, le cas échéant joindre un courrier)

---

En cas d'urgence, pour mon enfant accidenté ou malade, je suis dument informé qu'il serait orienté et pris en charge par les services de secours et transporté vers l'hôpital le plus adapté. J'en serais tenu informé par l'établissement que je tiendrais également informé en retour. Si mon enfant est mineur ou interne, il ne pourra quitter l'hôpital qu'accompagné par un de ses responsables légaux.

Je soussigné(e), Premier responsable légal : \_\_\_\_\_

Deuxième responsable légal : \_\_\_\_\_

- Atteste avoir pris connaissance de toutes les informations liées à l'inscription de mon enfant,
- Certifie l'exactitude de tous les renseignements fournis,
- Avoir délivré toutes les autorisations demandées, formulaire joint.

Date et signature des responsables légaux,

de l'élève,