

FICHE SANITAIRE

NOM :	Prénom :	Classe :
Date de Naissance : / / / /		Age :

RESPONSABLES LEGAUX DE L'ELEVE

NOM : /---/ Prénom : ☎ Portable : ---/---/---/---

Adresse : /---/ ☎ Fixe : ---/---/---/---

☎ Travail : ---/---/---/---/---

NOM : /---/ Prénom : ☎ Portable : ---/---/---/---

Adresse : /---/ ☎ Fixe : ---/---/---/---

☎ Travail : ---/---/---/---/---

AUTRES PERSONNES A PREVENIR

NOM / PRENOM	LIEN AVEC L'ELEVE	☎

MEDECIN TRAITANT : ☎ : ---/---/---/---/---

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

VACCINS OBLIGATOIRES : D.T.P. à jour : OUI Date du dernier rappel :

ALLERGIES : OUI NON Si OUI, Précisez :

TRAITEMENT EN COURS : OUI NON Si OUI, dispositions particulières :

ASSURANCE

Nom du centre de sécurité social : n° de sécu. : ---/---/---/---/---/---/---

Nom de l'assurance scolaire : n° d'assuré : -----

AUTORISATION

Je soussigné(e)représentant légal de l'élève
en classe dedéclare exact les renseignements portés sur cette fiche
 et autorise le Chef d'Etablissement du Lycée Technologique St Vincent de Paul – 47 Rue des Sablières - CS 21236 - 33074
 BORDEAUX CEDEX à prendre toutes dispositions utiles en cas d'accident, d'urgence ou d'intervention chirurgicale.

Date : / / / / Signature :