

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 de déclare 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 :