

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX DES ELEVES INTERNES

NOM DE L'ELEVE :

PRÉNOMS :

Date de naissance :/...../.....

Adresse complète :

.....

Numéro de Sécurité Sociale du Responsable :

.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../...

Nom de sa mutuelle :

L'élève a-t-il une maladie chronique ? OUI NON

Si oui, laquelle ?

Préciser tout traitement de longue durée :

EN CAS D'URGENCE :

N° de téléphone responsable 1 :/...../...../...../.....

N° de téléphone employeur :/...../...../...../.....

N° de téléphone responsable 2 :/...../...../...../.....

N° de téléphone employeur :/...../...../...../.....

Je soussigné(e) responsable 1 responsable 2

de l'élève désigné ci-dessus

AUTORISE EN CAS D'URGENCE LE CPE DE SERVICE

A PRENDRE TOUTES MESURES UTILES

A, le

Signatures des responsables légaux :