



IDENTITE DE L'ELEVE

NOM :	
Prénom(s) :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Adresse :	
Date de naissance :	Lieu de naissance :
Nationalité :	Département ou pays de naissance :

RESPONSABLE LEGAL 1	RESPONSABLE LEGAL 2
NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :
Lien de parenté :	Lien de parenté :
Profession :	Profession :
Adresse :	Adresse :
Téléphone domicile :	Téléphone domicile :
Téléphone portable :	Téléphone portable :
Courriel :	Courriel :
Signature : <small>Si envoi numérique, écrire uniquement son nom</small>	Signature : <small>Si envoi numérique, écrire uniquement son nom</small>

FRERES ET SOEURS

Nom et Prénom	Date de naissance	Classe fréquentée

SCOLARITE ANNEE EN COURS

Classe fréquentée :

Nom de l'établissement fréquenté :

Public

Privé

Adresse :

Académie :

L'élève a-t-il déjà doublé une classe au cours de sa scolarité : Oui Non

Si Oui, précisez :

CLASSE D'ADMISSION

Classe demandée :

Langue Vivante 1 : *Anglais*

Langue Vivante 2 : *Espagnol*

Autorisation de photographie scolaire :

J'autorise/Nous autorisons

Je (nous-) n'autorise(ons) PAS

L'enfant à participer à la photographie scolaire (photos du groupe-classe et photos individuelles) au début d'année scolaire

ASSURANCE

Nom et adresse de l'organisme assureur :

Type d'assurance (Scolaire, extra-scolaire) :

URGENCES

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.

Le responsable légal est immédiatement averti par nos soins, d'où l'importance de l'exactitude et de l'actualisation si nécessaire, de vos coordonnées téléphoniques.

Autres personnes à prévenir en cas d'urgences :

NOM	PRENOM	Téléphone

Collège-Lycée Victor Hugo

Établissement d'enseignement privé

78 Rue de Concordia 97150 Saint Martin

Tél : 0590 29 04 65 Courriel : administration@clvhugo.fr

FICHE MEDICALE D'URGENCE

Fiche remise aux services de secours en cas d'urgence

Document non confidentiel

NOM élève :

Prénom(s) :

Sexe :

M

F

Adresse :

Date de naissance :

Classe :

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone :

RESPONSABLE LEGAL 1

NOM - Prénom :

Adresse :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

RESPONSABLE LEGAL 2

NOM - Prénom :

Adresse :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

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.

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

(Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement :
(allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre, etc.)

Nom, adresse et numéro de téléphone du médecin traitant :

FICHE INFIRMERIE

NOM élève :

Prénom(s) :

Sexe :

M

F

Date de naissance :

Classe :

Vaccinations :

DT POLIO :

BCG :

HEPATITE B :

R.O.R.:

Antécédents médicaux :

1- L'élève avait-il (elle) un P.A.I (Projet d'accueil Individualisé) l'année précédente ?

Non

Oui

Si oui, pour quel motif ?

2- Accidents antérieurs graves : Non Oui

3- Interventions chirurgicales :

4- Allergies :

L'élève suit-il (elle) un traitement ? Non

Oui

5-

Si oui, précisez : Médicaments prescrits :

Maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicaments durant le temps scolaire :

Handicap ou maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire :

Non

Oui