



Fiche de renseignements
Année scolaire 2010-2011

Élève:

Nom et prénom de l'élève:

Classe:..... Né (e) le :.....

Nationalité:..... Classe et école en 2009-2010:

Père:

Nom et prénom du père:
.....

Mère:

Nom et prénom de la mère:
.....

Adresse:
.....
.....
.....
.....

Adresse (si différente du père):
.....
.....
.....
.....

Téléphone du domicile:
.....

Téléphone du domicile:
.....

Portable:
.....

Portable:
.....

Téléphone professionnel:
.....

Téléphone professionnel:
.....

Adresse e-mail:
.....

Adresse e-mail:
.....

Frères et sœurs dans l'Établissement:

Nom Prénom.

Classe:

.....
.....

En cas de divorce, l'autorité parentale est assurée par:

Mère Père Autre (lien de parenté avec l'enfant):.

Prière de joindre une copie de la décision du juge.

Fiche médicale

Nom et prénom de l'élève:.....

Date de naissance:

Observations particulières:

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'école (Allergies, maladies chroniques, traitements en cours, opérations déjà faites, cas psychologiques, précautions particulières à prendre.....):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Coordonnées du médecin traitant:

Nom :..... Téléphone:.....

Adresse:.....

En cas d'urgence

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir les parents par les moyens les plus rapides.

Veillez nous indiquer le nom et le numéro de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement.

Nom et Prénom:.....

Lien de parenté avec l'enfant:.....

Téléphone:

Portable:

Adresse

Autorisation parentale d'intervention médicale ou chirurgicale

Je soussigné

.....

Père

Mère

Autre

Agissant en qualité de représentant légal de l'enfant mineur

Nom et prénom de l'élève:

Date de naissance de l'élève:

AUTORISE le médecin scolaire,

- à pratiquer tout examen médical nécessaire à l'établissement d'un diagnostic;
 Oui Non
- à donner les médicaments, en cas d'urgence au lycée;
 Oui Non
- Si l'état de santé de mon enfant le nécessite, j'accepte qu'il soit conduit au 'Alexandria Pediatric Center' - Je serais averti le plus vite possible et je devrai l'y rejoindre dans les plus brefs délais.
 Oui Non
- S'il a été impossible de me joindre et en cas de **nécessité absolue**, j'autorise toute intervention chirurgicale même sous anesthésie.
 Oui Non

Fait à Alexandrie, le

Signature précédée de la mention 'lu et approuvé'

