

À L'ATTENTION DES PARENTS :

- ✓ À compléter en ligne et déposer lors de l'inscription
- ✓ DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d'année

ÉLÈVE

NOM : Prénom :
Date de naissance : Entrée en classe de :

Parents ou Responsable légal

Lien avec l'élève :

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 :

NOM : Mme M. N° de tél. :
Adresse :

Personne susceptible de vous prévenir rapidement

Lien avec l'élève :

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.

NOM : N° de tél. :

Joindre la photocopie des vaccinations du carnet de vaccination

L'élève a-t-il eu un PAP ? (dyslexie, dyspraxie, ..) Oui (le joindre et informer le professeur principal de votre enfant à la rentrée) Non

L'élève a-t-il eu un PAI (problèmes de santé) Oui (le joindre et informer le professeur principal de votre enfant à la rentrée) Non

L'élève a-t-il eu un PPS ?(suivi MDPH) Oui (le joindre et informer le professeur principal de votre enfant à la rentrée) Non

L'élève a-t-il un GEVASCO?(demande MDPH) Oui (le joindre et informer le professeur principal de votre enfant à la rentrée) Non

Observations particulières

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

Pour toute mise en place d'un PAI vous mettre en lien avec l'infirmière svp

POUS
ETRE
N LIEN

LES TRAITEMENTS RÉGULIERS DOIVENT ÊTRE DÉPOSÉS A L'INFIRMERIE AVEC L'ORDONNANCE DU MÉDECIN.

Médecin traitant

Adresse :

NOM : Mme M. N° de tél. :

Signature des responsables légaux (après impression)

Le