

FICHE MEDICALE DE RENSEIGNEMENT

RESPONSABLE DE L'ÉLÈVE : (Père, Mère, Responsable légal de l'élève)

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

EN CAS DE NECESSITE : (Comment peut-on vous joindre ?)

Tél privé : _____

Tél portable : _____

Tél professionnel : _____

Quel correspondant sera à prévenir ?

Nom : _____ Prénom : _____

Tél : _____ Adresse : _____

PARENTS ASSURES :

Par la Sécurité Sociale : Oui Non

Par une Mutuelle : Oui Non

Par un autre Organisme : Oui Non

Fournir une photocopie de l'attestation des droits délivrée par la sécurité Sociale.

N° de Sécurité Sociale Responsable : _____

N° de Sécurité Sociale de l'élève (s'il est déjà immatriculé) : _____

Nom et adresse de l'Assurance Mutuelle : _____

N° de Police : _____

DIFFICULTES DE SANTE A SIGNALER : Maladies, accidents, allergie, etc. _____

Groupe sanguin de l'enfant : _____

Je soussigné, _____, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, et autorise L'Ecole Supérieure et le Lycée privés **TOMER-DEBORA** à prendre, le cas échéant, suite à avis médical autorisé, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'élève _____ e"g (hospitalisation, intervention chirurgicale).

Date et signature des Parents :