

**Renseignements**

Nom de l'élève

Prénoms

Date de naissance

Sexe

F

M

L'élève vit avec :

ses parents

sa mère

son père

autre :

Adresse

**Il est impératif de communiquer tout changement de coordonnées au secrétariat (lycee@stam-33.fr).**

**En cas d'accident**, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Merci de nous communiquer vos n° de téléphone et un ordre de priorité d'a

N° S.Sociale

Domicile




Portable de la Mère



Travail de la Mère



Portable du Père



Travail du Père



Autre personne à joindre



**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 prévenue par nos soins.

**Questionnaire**

Date du dernier vaccin antitétanique



**Joindre la photocopie des pages du carnet de vaccinations**

Rappel : cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans

Nom du médecin traitant

N° Tél

**Pour un suivi scolaire et/ou médical, merci de remplir le questionnaire suivant :**

**Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI (1) :** OUI  Non

	OUI	NON		OUI	NON
Asthme			Allergie (à préciser) :		
Epilepsie			Autres maladies (à préciser) :		
Diabète			Trouble Dys( à préciser) :		
Votre enfant est suivi par un orthophoniste : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON					
Votre enfant est-il titulaire d'un aménagement : <input type="checkbox"/> PPRE <input type="checkbox"/> PAP(2) <input type="checkbox"/> PPS(3) <input type="checkbox"/> NON					

(1) PAI : Projet d'accueil individualisé pour les affections de longue durée nécessitant la prise d'un traitement (2) PAP : Plan accueil personnalisé (3) PPS : Projet personnalisé de scolarisation avec prise en compte d'un handicap reconnu

**Dans le cadre d'une sortie ou d'un voyage scolaire :**

**Si votre enfant suit un traitement, joindre obligatoirement une ordonnance ainsi que le traitement médical marqué à son nom.**

**SIGNATURE :**