

DAKHLA

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom : Prénom : Classe :

Né le : à Sexe :

Père	Mère	Elève

Nationalité :

Responsable :

Tél : _____ Portable : _____

Situation des parents : Mariés : Séparés : Divorcés : Père décédé : Mère décédée : Autre :

Père :	Mère :
Adresse :	Adresse :
Ville :	Ville :
Profession :	Profession :
Tél bureau :	Tél bureau :
E-mail	E-mail :

Autres personnes à contacter en cas d'urgence :

Nom :	Tél :
-------	-------

	CONTACT MEDECIN	CONTACT HOPITAL
Nom :		

Tél :		
-------	--	--

REMARQUES PARTICULIERES (Allergies, vision, maladies, antécédents médicaux, etc.)

Dates des vaccinations obligatoires (avec cachet du médecin ou photocopie du carnet de vaccination)

- DT POLIO (Rappel tous les 5 ans)
- 1^{ère} injection Rappel :
- 2^{ème} injection Rappel :
- 3^{ème} injection Rappel :
- Rappel :
- Dates du BCG

Scolarisation des frères et sœurs

Prénom :	Né(e) le	Scolarisé(e) à	Prénom :	Né(e) le	Scolarisé(e) à

Nom de la personne qui pourra, en votre absence, prendre en charge votre enfant :

Nom : Prénom :

N° de tél :

En cas d'accident grave ; dans quel établissement de soin désirez-vous que votre enfant soit hospitalisé ?

NOM :

A Dakhla, le

Signature du père : Signature de la mère :

