

## 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<sup>ère</sup> injection ..... Rappel : .....
- 2<sup>ème</sup> injection ..... Rappel : .....
- 3<sup>ème</sup> 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 :