

**Document non confidentiel**

Consultable par l'ensemble des personnels de l'établissement et les services de secours.

Nom :  Prénom :

Classe :  Régime : INTERNE  DEMI PENSIONNAIRE  EXTERNE

Date de Naissance :  Lieu de naissance :

Adresse postale :

**Personnes à prévenir :**

Si les responsables légaux sont éloignés de l'établissement, veuillez renseigner un référent de proximité

Père  Mère  Autres (précisez) :   Père  Mère  Autres (précisez) :

Nom :  Nom :

Prénom :  Prénom :

Adresse :  Adresse :

Tél domicile :  Tél domicile :

Tél travail :  Tél travail :

Portable :  Portable :

Email :  Email :

Nom, commune et téléphone du médecin traitant :

Observations particulières que vous jugerez utile de signaler (antécédent, maladie, traitement, précautions à prendre,...)

Date du dernier rappel de vaccination antitétanique :

**En cas d'urgence, le médecin régulateur du SAMU oriente l'élève ou l'étudiant accidenté ou malade vers l'hôpital le mieux adapté. Le transport est assuré par les services de secours d'urgence.**

**Dans tous les cas, l'élève mineur ne peut quitter l'hôpital qu'accompagné d'un représentant légal.**

Le signataire s'engage à prévenir de modifications concernant les données transmises.

Fait à , le

Signature d'un représentant légal ou de l'apprenant majeur :