

**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 :**

Veillez renseigner en priorité les responsables légaux. Si ils sont éloignés de l'établissement, vous pouvez également renseigner un référent de proximité.

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

Nom : <input type="text"/>	Nom : <input type="text"/>
Prénom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>
Adresse : <input type="text"/>	Adresse : <input type="text"/>
Tél domicile : <input type="text"/>	Tél domicile : <input type="text"/>
Tél travail : <input type="text"/>	Tél travail : <input type="text"/>
Portable : <input type="text"/>	Portable : <input type="text"/>
Email : <input type="text"/>	Email : <input type="text"/>

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 :