

DEPARTEMENT DE LA MARNE
ARRONDISSEMENT D'EPERNAY
REPUBLIQUE FRANCAISE
Liberté-Egalité-Fraternité

COMMUNE DE PLIVOT

Téléphone 03.26.57.68.00 / FAX 03.26.59.48.67

FICHE SANITAIRE

Nom de l'élève : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Adresse des parents ou des représentants légaux (prévenir en cas de changement en cours d'année) : _____

Tél. : _____ Adresse mail : _____

Nom et prénom du père : _____ Nom et prénom de la mère : _____

Profession : _____ Profession : _____

Lieu de travail : _____ Lieu de travail : _____

Nom et adresse et tél. de la personne à qui téléphoner si l'enfant est malade : _____

Nom et adresse et tél. du médecin traitant : _____

Date du dernier rappel DT polio : _____

Groupe sanguin : _____

N° de sécurité sociale qui couvre l'enfant : _____

Nom de la caisse et adresse : _____

L'enfant est-il en cours de traitement Oui Non (rayer la mention inutile)
Si oui fournir l'ordonnance médicale

L'enfant est-il allergique Oui Non
Si oui à quoi : _____

Fournir une attestation médicale

En cas d'urgence, autorisez-vous la personne responsable de la restauration scolaire à faire hospitaliser votre enfant : Oui Non

Si oui remplir l'autorisation jointe.

Assurance scolaire : Nom de l'assurance et adresse : _____

N° du contrat _____

Fournir une attestation.

Date et signature des parents :