



LYCEE CHARLES DE GAULLE
24 avenue du Général de Gaulle
BP 10113
31604 MURET CEDEX

NOM : **PRENOM** :
.....
Date de naissance : **Age** :
CLASSE :Interne / DP / externe

DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir à chaque rentrée scolaire par les parents

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :

.....
.....

N° et adresse du centre de sécurité sociale.....

N° et adresse de l'assurance scolaire.....

Afin de joindre rapidement la famille en cas d'accident ou d'urgence, merci de renseigner les numéros de téléphone

1 N° téléphone du domicile :

2 N° du père : **travail** : **poste** :

3 N° de la mère : **travail** : **poste** :

4 Nom et téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement.....

.....

5 Nom et adresse du médecin traitant :

En cas d'urgence l'appel au 15 se fait en référence au BO du 15/01/00 ; la famille est prévenue par l'établissement

Un élève accidenté ou malade est orienté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté en fonction de la décision du médecin régulateur du SAMU (15). **Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.**

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

(Pour être efficace, cette **vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans**)

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre.....)

.....

vous pouvez transmettre des informations confidentielles sous pli fermé à l'attention du médecin ou de l'infirmière

Date, le : **Signatures des parents ou représentant légal**

A..... **Père** :

Mère :

