



ÉTAT-CIVIL

Nom d'usage _____

Prénoms _____

Date de naissance _____

Ville de naissance _____

ÉCOLE

Nom de l'école _____

Adresse _____

Tél. standard _____ Classe _____

Professeur référent _____

SANTÉ

N° de sécurité sociale _____

Nom de la Mutuelle _____

N° adhérent Mutuelle _____

Groupe sanguin _____

Médecin traitant _____

Tél. médecin _____

SANTÉ (SUITE)

Infos utiles en cas d'urgence (allergies, antécédents, traitements en cours...)

Maladies déjà contractées

Oreillons Oui Non

Otite Oui Non

Varicelle Oui Non

Scarlatine Oui Non

Autres _____

Dentiste _____

Tél. dentiste _____