

## L'ÉLÈVE :

 Garçon

 Fille

NOM :

Prénoms : (2 premiers obligatoires)

Classe : \_\_\_\_\_ (en septembre 2022)

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Département / Pays :

Régime :

 Externe  1/2 pension  Interne

Scolarisé en 2021-22 au Loquidy :

 Oui  Non

Si non, nom et adresse de l'établissement d'origine :

## FAMILLE - RESPONSABLES LÉGAUX :

**Responsable principal :**

Personne à contacter en priorité

 Mère  Père  Autre

NOM :

Prénom :

Adresse :

Code Postal : \_\_\_\_\_

Ville :

☎ portable : \_\_\_\_\_

☎ bureau : \_\_\_\_\_

☎ maison : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

**Conjoint**

 Mère  Père  Autre

NOM :

Prénom :

Adresse : (si différente du responsable)

Code Postal : \_\_\_\_\_

Ville :

☎ portable : \_\_\_\_\_

☎ bureau : \_\_\_\_\_

☎ maison : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

## N° DE SÉCURITÉ SOCIALE DU RESPONSABLE LÉgal :

## AUTRE PERSONNE A PRÉVENIR EN CAS D'ABSENCE :

NOM : \_\_\_\_\_ ☎ portable : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ ☎ maison : \_\_\_\_\_

## MÉDECIN TRAITANT :

NOM – Prénom :

Adresse :

Code Postal : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

☎ cabinet : \_\_\_\_\_

## AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'URGENCE :

Je soussigné(e),

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

 Mère  Père  Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

Responsable légal de l'élève,

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Autorise l'établissement Saint-Joseph du Loquidy - La Salle, en cas d'urgence, et dans l'impossibilité de me joindre :

- à prendre toute disposition que nécessiterait son état
- à faire pratiquer toute intervention chirurgicale

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

**Signature OBLIGATOIRE du responsable légal :**

## GRUPE SANGUIN DE L'ÉLÈVE :

 A  B  AB  O

Rhésus : \_\_\_\_\_

## ANTÉCÉDENTS DE L'ÉLÈVE :

Précisez lesquels et les dates :

**Maladie(s) :** \_\_\_\_\_

**Accident(s) :** \_\_\_\_\_

**Intervention(s) chirurgicale(s) :** \_\_\_\_\_

## ACTUELLEMENT :

Maladies chroniques éventuelles :

 Diabète  Asthme  Troubles cardiaques  
 Epilepsie  Allergies  Autres (précisez) : \_\_\_\_\_

Précisions : \_\_\_\_\_

Autres informations : \_\_\_\_\_

## ACCOMPAGNEMENT PARTICULIER :

 P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) \*  OUI  NON

Motif du PAI : \_\_\_\_\_

 P.A.P (Plan d'Accompagnement Personnalisé)  OUI  NON

PAP depuis la classe de : \_\_\_\_\_

 Traitement sur le temps scolaire \*  OUI  NON

Motif du traitement : \_\_\_\_\_

 Trousse d'urgence  OUI  NON

\* En cas de nouveau PAI ou de nouveau traitement sur le temps scolaire, merci de bien vouloir contacter l'infirmière avant la rentrée

## VACCINATIONS : Date des derniers rappels

Hépatite B : \_\_\_\_\_

Coqueluche : \_\_\_\_\_

B.C.G : \_\_\_\_\_

D.T. POLIO : \_\_\_\_\_

Rougeole - ROR : 1<sup>ère</sup> injection : \_\_\_\_\_

2<sup>ème</sup> injection : \_\_\_\_\_