

Dates

Suivi Infirmier

FICHE

INFIRMERIE

Années .2017 .2018 .2019 .2020 .2021

Classes

Régime : Externe DP Interne

Etablissements précédents

Nom

Prénom

Né(e) le/.../..... à Dépt :

N° portable élève 06/____/____/____/____

PHOTO

Père

Mère

Nom

Prénom

Adresse (Si différente)

Tél. Domicile _/___/___/___/___ / ___/___/___/___/___

Tél. Portable _/___/___/___/___ / ___/___/___/___/___

Profession

Tél. Travail ___/___/___/___/___ ___/___/___/___/___

Fratrie : Nombre de frères : Age(s) :

Nombre de sœurs : Age(s) :

Obligatoire : Personne à prévenir au cas où vous ne seriez pas joignable :

Nom Tél. : ___/___/___/___/___

Autre personne ayant en charge éventuellement l'élève (éducateur/trice, Foyer,

Famille d'accueil, Etablissement spécialisé...)

Médecin traitant : NOM Tél. : _/___/___/___/___