

# SERVICE INFIRMIERIE

11 rue Molière  
BP 40107  
64301 ORTHEZ Cedex  
Téléphone : 05 59 69 42 77  
Mél : [ce.0640080p@ac-bordeaux.fr](mailto:ce.0640080p@ac-bordeaux.fr)

**NOM** : ..... **PRENOM** : .....

Classe : ..... Régime :  Interne -  ½ Pension -  Externe.

Date et Lieu de naissance : .....

Nationalité : .....

Joindre obligatoirement une fiche d'état civil pour les élèves nés Hors de France

**Adresse des parents** : .....

.....

.....

**Attention, il est indispensable de mentionner toutes les adresses de l'élève.**

DE LA FAMILLE D'ACCUEIL	DE L'ELEVE LOGE A ORTHEZ

Sport(s) pratiqué(s) : .....

Dernière école fréquentée :

.....

Classe : .....

## SITUATION DE FAMILLE

Nombre de frères : ..... Nombre de sœurs : .....

**NOTA** Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'attention du médecin ou de l'infirmière de l'établissement.

T.S.V.P. .../...

**PROFESSION DES PARENTS**

**PERE** .....

**MERE**.....

Age .....

Age .....

Employeur .....

Employeur .....

N° Tél. ....

N° Tél.....

**SITUATION MEDICALE ANTERIEURE**

⇒ **Maladies épidémiques et contagieuses**

Varicelle		Scarlatine	
Coqueluche		Diphtérie	
Oreillons		Typhoïde	
Rougeole		Paratyphoïde	
Rubéole		Hépatite	

⇒ **Interventions subies :**

.....  
.....  
.....

⇒ **Allergies :**.....

.....

⇒ **Traitement en cours :** .....

⇒ **Autres problèmes de santé :** .....

.....

⇒ **Groupe Sanguin :**.....

**N° SECURITE SOCIALE DU RESPONSABLE :**

Père – Mère – Tuteur : *(Rayer la mention inutile)*.....

**MUTUELLE :** OUI  NON

**ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE :**

Nom de l'Organisme .....

N° de la Police .....