

CLASSE	NOM DE FAMILLE	MATRICULE



ELEVE

Nom :

Tél. :

Prénom (s) :

Lieu d'habitation :

Sexe :

Date de naissance :

Groupe sanguin :

Votre enfant est-il :

Asthmatique

Diabétique

Drépanocytaire

Autres

Précisez :

Votre enfant a-t'il un suivi :

Orthophonique

Autre

Précisez :

Votre enfant est-il allergique à :

des médicaments, (précisez)

.....

des aliments, (précisez)

.....

autres (précisez)

.....

Merci de compléter les renseignements ci-dessous avec des numéros joignables (tournez la feuille svp).

PERE Nom : Prénom :
Cellulaire Bureau Domicile

MERE Nom : Prénom :
Cellulaire Bureau Domicile

TUTEUR Nom : Prénom :
Cellulaire Bureau Domicile

Nom du médecin traitant de l'élève :

Nom et adresse du Cabinet :

Téléphone (s) :

En cas d'incident, si nous n'arrivons pas à vous joindre, votre enfant sera conduit à la PISAM :

Accord

Pas d'accord

Merci de joindre à cette fiche les photocopies du carnet de vaccinations.

Abidjan, le

Signature des parents