

 10-12 rue Fleming

 BP 6

 91401 ORSAY CEDEX

 01 69 28 68 80

|  |
| --- |
| **FORMULAIRE MEDICAL** |

*NOM Prénom*.

Classe Date de Naissance

Nom et adresse des Parents……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

 N° Tél. du Domicile :

Tél lieu de travail du Père: Portable :

Tél lieu de travail de la mère :Portable :

N° de Sécurité sociale du père - de la mère : ...........................................................................................................

Nom de l'Assurance :………………………………………………………………………….. N° de Police : ......................................……..

Dates des dernières vaccinations **: DTP** :  ………………………………………. **BCG** :………………………………….…..

 **Test tuberculinique** : …………………………………………..…

* *Joindre la photocopie des pages vaccinations du carnet de santé -*

#

Allergies et traitements :................................….........................…………………………………………………………………………………………..

Régimes alimentaires particuliers :………………………………………………………………………..………………………………………………………..

* *Le cas échéant, joindre une photocopie de l’ordonnance –*

Autres*:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….*

Je suis assuré "tant pour les dommages dont mon enfant serait l'auteur (responsabilité civile) que pour ceux qu'il pourrait subir (assurance individuelle - accidents corporels).

Le règlement du Collège reste en vigueur

 Fait à............................ le .......................

 Signature des Parents :