

FICHE DE SANTE 2024 - 2025

NOM de l'élève

Prénom :.....

Date de naissance :..... Classe :.....

Numéro de Sécurité Sociale sous lequel l'enfant est inscrit :.....

Adresse du centre de Sécurité Sociale :

NOM DE LA CAISSE COMPLEMENTAIRE (mutuelle):

Numéro adhérent mutuelle:

DATE DU DERNIER VACCIN ANTITETANIQUE :.....

NOM DU MEDECIN TRAITANT :.....

TELEPHONE :.....

OBSERVATIONS : (allergies, traitements, précautions particulières) :

.....

INFORMATIONS UTILES : Ce cadre vous est réservé. Vous pouvez y noter toutes les informations qu'il vous semble utile de nous fournir concernant votre enfant et sa scolarité (port de lunettes, suivi orthophonique, psychologique,...)

A Paris, le
Signatures des Parents