**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