



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 tuberculique :

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

Allergies et traitements :

Régimes alimentaires particuliers :

- Joindre une photocopie de l'ordonnance -

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 :