



DOSSIER MÉDICAL

(Confidentiel médical)

Ce dossier est à remplir et à envoyer, qu'en cas de changement de coordonnées, de correspondants et/ou d'état de santé de votre enfant.

Merci d'envoyer ce dossier à l'adresse suivante ou le déposer à l'antenne médical à la rentrée scolaire :

14^{ème} Antenne médicale

Lycée militaire

2 avenue Jean Jaurès

78210 SAINT CYR L'ECOLE



2^{ème} Centre Médical des Armées de Versailles 14^{ème} Antenne Médicale de Saint Cyr l'Ecole



DOCUMENT 1 : REPRESENTANTS LEGAUX ET CORRESPONDANTS

ÉLÈVE

Nom :
Prénom :
Date de naissance : lieu de naissance (ainsi que le code postal)
N° de téléphone portable personnel :
Email personnel :
N° de sécurité sociale :
Nom de la Mutuelle : N° de la Mutuelle :

REPRÉSENTANTS LÉGAUX

Responsable légal 1	Responsable légal 2
NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
☎ domicile :	☎ domicile :
☎ portable :	☎ portable :
☎ professionnel :	☎ professionnel :
@mail :	@mail :

CORRESPONDANTS LOCAUX A PRÉVENIR

Responsable légal 1	Responsable légal 2
NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
☎ domicile :	☎ domicile :
☎ portable :	☎ portable :
☎ professionnel :	☎ professionnel :
@mail :	@mail :



DOCUMENT 2 : QUESTIONNAIRE DE SANTÉ
(CONFIDENTIEL MEDICAL)

Nom :
Prénom :
Date de naissance :

SANTE ACTUELLE

Avez-vous été gravement malade depuis 1 an ?
Si oui précisez :

Avez-vous un traitement médical actuellement ?
Si oui précisez :

P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé)

Pour les élèves ayant une pathologie nécessitant un traitement d'urgence, vous devez prendre RDV auprès de votre médecin ou spécialiste afin de faire remplir un le dossier P.A.I.

Informations complémentaires

Informations complémentaires sur votre santé que vous estimez nécessaires de porter à la connaissance de l'antenne médicale :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

A....., le

Signature du représentant légal 1
(obligatoire)

Signature du représentant légal 2
(obligatoire)

Signature de l'élève
(obligatoire)