



# FICHE CONFIDENTIELLE DE SANTE

PHOTO  
OBLIGATOIRE

VALABLE POUR TOUTE LA SCOLARITE DE L'ELEVE  
TOUTE MODIFICATION CONCERNANT CETTE FICHE DEVRA ETRE SIGNALEE AU SERVICE INFIRMERIE  
Adresse mail : infirmerie.ella-fitzgerald@ac-grenoble.fr

NOM : ..... PRENOM : .....

Né(e) le : ..... à : .....

Adresse : .....  
.....

Interne (entourez la réponse) : **oui**      **non**

	Tél. Domicile	Tél. Professionnel	Tél. portable
Père			
Mère			
Elève			
Autre :			

En cas d'urgence, il est important que l'on puisse vous joindre, n'oubliez pas de signaler les changements.

Nom et adresse du dernier établissement fréquenté :  
.....  
.....

Nom, prénom, profession du père :  
.....

Nom, prénom, profession de la mère :  
.....

Situation matrimoniale des parents : .....

Prénom et âge des frères et sœurs :  
.....  
.....  
.....

