
ENFANT : (nom-prénom) Fille - Garçon

Né(e) le : à (Pour les grandes villes préciser arrondissement)

N° de téléphone de l'enfant :

Adresse :
.....

Fratrie :

Nombre de frères et sœurs : Position dans la fratrie :

PARENTS :

Père : (nom-prénom) : Profession :

Adresse (si différente de l'enfant) :

.....

Tél Dom. : Tél. port. : Tél Trav. :

Adresse Mail : @

Mère : (nom-prénom) : Profession :

Adresse (si différente de l'enfant) :

.....

Tél Dom. : Tél. port. : Tél Trav. :

Adresse Mail : @

Autorité parentale : Père/Mère Père Mère Autre responsable

Copie du jugement de divorce obligatoire

Matricule Sécurité Sociale de l'assuré : CMU : OUI - NON

Adresse de la Caisse :
.....

Nom et adresse de la Mutuelle :
.....

N° Assurance Scolaire :

Nom et Adresse :
.....

7) Désensibilisation : Oui - Non – Pour quel(s) allergène(s) :

Si oui : en gouttes ou en pressions Oui - Non

en injections Oui - Non

8) Activité sportive actuelle : Oui - Non si oui, laquelle :

9) Séjour(s) antérieurs(s) :

Séjour(s) climatique(s) : Oui - Non Si oui : où :

Date(s) : Résultats :

Cure(s) thermale(s) : Oui - Non Si oui : où :

Date(s) : Résultats :

Coordonnées Médecin Spécialiste (Pédiatre – Allergologue – Pneumologue – etc.)

NOM : Prénom : Spécialité Tél. :

Adresse :

Coordonnées Médecin Généraliste :

NOM : Prénom : Tél. :

Adresse :

III) Suivi paramédical : (si oui précisez : Nom-adresse-téléphone-période-fréquence des séances)

Orthophonistes : Oui Non

Psychomotriciens : Oui Non

Psychologues ou psychothérapeutes : Oui Non

CMPP : Oui Non

Dossier MDPH : (si oui joindre bilan compte rendu) : Oui Non

Assistante Social ou Éducateur de Secteur : Oui Non

IV) Scolarisation Actuelle :

Niveau scolaire – Classe actuelle :

Langue vivante 1 : Anglais - Allemand - Espagnol - Italien - Autre :

Langue vivante 2 : Anglais - Allemand - Espagnol - Italien - Autre :

Établissement fréquenté :

Adresse :

Joindre copie des 3 derniers bulletins trimestriels pour les séjours à l'année scolaire

