FICHE MEDICALE

LYCEE RAINIER III DE MONACO

Tél : +377.98.98.89.30 ou +377 93 50 42 84
Courriel : lr3-secretariat@gouv.mc

CLASSE : ……

L'ELEVE	
NOM :	**PRENOM** :
Date de naissance :	Nationalité :
Sexe : ❍ M ❍ F	
Classe et Etablissement fréquentés l'année précédente :	

RESPONSABLE LEGAL	
NOM : **NOM D'USAGE** :	**PRENOM** :
Lien de parenté :	Nationalité :
Adresse complète du domicile :	
☐ domicile :	@ :
Profession du Père ou Responsable :	
☐ (Travail) :	portable :
Profession de la Mère ou Responsable :	
☐ (Travail) :	portable :
Situation familiale : ❍ Mariés ❍ Divorcés ❍ Séparés ❍ Célibataire ❍ Veuf Nombre de Sœurs : …… Nombre de Frères : ……	

ASSURANCE SOCIALE DONT DEPEND LE RESPONSABLE LEGAL :

☐ SPME	☐ CCSS	☐ CAF	☐ Autre *(à préciser)* : _____

Numéro d'ASSURE :	

Nom et adresse de la Mutuelle :

MEDECIN TRAITANT
NOM DU MEDECIN :
Adresse :
Numéro de Téléphone :

☐ Je souhaite utiliser mon nom d'usage pour tout contact avec l'établissement.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

SIGNATURE DES PARENTS OBLIGATOIRE

- **VOTRE ENFANT PRESENTE-T-IL UN PROBLEME DE SANTE ?** ❍ **OUI** ❍ **NON**
  (ex. diabète, épilepsie, hémophilie, asthme, spasmophilie, etc…)

  Si OUI, lequel ?
  ……
  ……

- **SUIT-IL UN TRAITEMENT PARTICULIER ?** ❍ **OUI** ❍ **NON**

  Si OUI, lequel ?
  ……
  ……

- **EST-IL ALLERGIQUE ?** ❍ **OUI** ❍ **NON**

  Si OUI, lequel ?
  ……
  ……

- Si l'état de santé de votre enfant nécessite un **PAI** *(**P**rotocole d'**A**ccueil **I**ndividualisé)* ou un **PRI** *(**P**rotocole de **R**estauration **I**ndividualisé)*, veuillez contacter l'infirmerie du LYCEE RAINIER III au *93.50.42.84 ou 98.98.89.30 au moment de l'inscription*.

Pendant le temps scolaire, les sorties infirmerie pour raison de santé ne sont autorisées que si les parents de l'élève viennent le chercher.

EN CAS D'URGENCE MON ENFANT SERA TRANSPORTE AU CHPG DE MONACO PAR LES SAPEURS POMPIERS.

Signature des Parents ou Responsables :