



Collège et Lycée SUGER

Internat

11, sente de l'Abbé SUGER/ 8 rue Yves du Manoir  
VAUCRESSON

Ligne directe : 01 47 41 81 22

Standard : 01.47.41.10.44

internat@ecole-suger.com

ANNEE SCOLAIRE 2021-2022

PHOTO D'IDENTITE

## FICHE ADMINISTRATIVE DE RENSEIGNEMENTS

Nom : .....

Prénom : .....

Classe : .....

Date de naissance : .....

Nom des parents ou représentant légal : .....

Adresse : .....

Code postal : .....

Numéro et adresse du Centre de Sécurité Sociale : .....

Numéro et adresse de l'Assurance Scolaire : .....

**En cas de divorce ou de situation familiale dépendante d'une décision de justice, merci d'indiquer – justificatif à l'appui – l'identité de la personne qui exerce l'autorité parentale.**

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Merci de faciliter notre tâche en nous communiquant toutes les coordonnées suivantes :

1. Numéro de téléphone du domicile et professionnel : ..... 2. Numéro de portable du père : ..... email : .....
3. Numéro de portable de la mère : ..... email : .....
4. Nom et numéro de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement : .....

En cas d'urgence une interne accidentée ou malade est orientée et transportée vers les services de secours d'urgence de l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Une élève mineure ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille ou de la Directrice d'Internat munie de l'autorisation parentale de sortie d'hôpital.

### AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous, soussignés, Monsieur et Madame : ..... autorisons l'anesthésie de notre fille : ..... au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

A.....le.....

Signatures des Parents :

Date du dernier rappel de Vaccin antitétanique:.....  
(La vaccination, pour être efficace, nécessite un rappel tous les cinq ans)

Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre.....)

Nom, adresse et téléphone du médecin traitant :.....