



## LYCEE PROFESSIONNEL *Jules Verne*

**Tél : 03 44 46 43 00**

**Fax : 03 44 46 43 05**

### INSCRIPTION A L'INTERNAT 2024/2025

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_

Téléphone Portable élève : \_\_\_\_\_

Date de Naissance : \_\_\_\_\_

Adresse :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Coordonnées	Responsable Légal 1	Responsable Légal 2	Autre personne à contacter
Nom Prénom			
Adresse			
N° De téléphone fixe et Portable			



**Renseignements médicaux en cas d'urgence**  
**Internat**

(secret médical professionnel assuré)

Numéro de sécurité sociale de l'élève :

**Médecin traitant**

Nom :

Adresse :

N° de téléphone :

**Traitement**

Votre enfant est-il susceptible de prendre un traitement d'urgence ?  Oui  Non Si oui lequel :

Votre enfant a-t-il subi une ou plusieurs opérations ?  Oui  Non Si oui, veuillez préciser :

Votre enfant souffre-t-il d'une maladie ?  Oui  Non Traitement :

Votre enfant est-il allergique ?  Oui Non  Si oui, veuillez préciser :

Vaccinations à jour :  Oui  non Si non, veuillez préciser :

Date :

Signature des responsables légaux :