

## صفحه

## سال تحصیلی

نام مکتب

صنف

**Nom de l'élève:** ... **تخلص شاگرد** ..... **Prénom de l'élève** ..... **نام شاگرد** .....

**Date de naissance :** .....د پيدايښت تاريخ.....

در صورت بروز حادثه یا بیماری، مکتب تلاش می کند تا با سریع ترین وسیله به خانواده اطلاع دهد.

**En cas d'accident ou de maladie**, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.

	Responsable légal 1 (مسئول قانونی پدر)	Responsable légal 2 (مسئول قانونی مادر)
Nom (تخلص) Prénom (نام)	..... .....	..... .....
Adresse (ادرس)	..... .....	..... .....
Téléphone du domicile (تلفن خانه)	.....	.....
Téléphone portable (تلفن شخصی)	.....	.....
Téléphone professionnel (تلفن مسلکی)	..... poste : ..... کار	..... poste : .....

Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

شماره و آدرس مرکز تامین اجتماعی (سیکیوریتی سوسیال) که فرزند شما را تحت پوشش قرار می دهد

N° et adresse du centre de sécurité sociale qui couvre votre enfant :

نام و آدرس بیمه مکتب که فرزند شما را پوشش می دهد

Nom et adresse de l'assurance scolaire qui couvre votre enfant : .....

در مواقع اضطراری، یس از تماس با SAMU،

، یک شاگرد مصدوم یا بیمار می تواند توسط اورژانس هدایت و به مناسب ترین شفاخانه منتقل شود. وبه خانواده در مورد علاج زود خبر داده می شود. شاگرد فقط می تواند با همراهی خانواده اش شفاخانه را ترک کند

**En cas d'urgence**, après appel au SAMU, un élève accidenté ou malade peut être orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins.

Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Traducteur : NIAZI Hazrat Bilal

**Date des derniers vaccins :** (تاریخ آخرین واکسیناسیون)

tétanos...تیتانوس...../...../..... polio ...فلج اطفال...../...../..... diphtérie...../...../.....

(pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

برای مؤثر بودن این واکسیناسیون در هر 5 سال یکبار باید ضرور است

مشاهدات ویژه ای که به نظر شما برای مکتب مفید است (آلرژی ها، درمان های در حال انجام، اقدامات احتیاطی ویژه که باید انجام شود، و غیره

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

.....  
.....  
.....

دکتر درمان

**Médecin traitant :** NOM :...(تخلص).....

Adresse : .....ادرس.....

Téléphone : .....تلفن.....

le .....تاریخ.....

signature des parents

امضای والدین

**Document non confidentiel** à remplir par les parents à chaque début d'année scolaire ; si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe cachetée à l'intention de l'infirmière et du médecin scolaire.