



COMMUNE DE DOLOMIEU SERVICE PÉRISCOLAIRE

ENFANT

ENFANT

Nom : Prénom :

Né(e) le : Sexe : Féminin
 Masculin

Lieu de naissance :

Niveau : PS MS GS CP CE1 CE2 CM1 CM2

Adresse :

Code postal : Commune :

SANTÉ

Il est de la responsabilité des parents de signaler au service tout problème médical touchant leur enfant.

ALLERGIES DECLAREES DANS LE CADRE D'UN P.A.I.

Alimentaire OUI NON Médicamenteuse OUI NON Asthme, Autres OUI NON

Précisez :

.....

.....

.....

L'enfant fait-il l'objet d'un PAI à l'école ?

OUI NON

*Pour un enfant souffrant d'allergie(s), veuillez prendre contact avec le service, afin qu'un projet d'accueil individualisé (PAI) soit éventuellement envisagé. Sans cela, **aucun enfant allergique ne pourra être accepté.***

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

→ Votre enfant porte des lunettes, prothèses dentaires, auditives... OUI NON

Précisez :

.....

→ Votre enfant bénéficie de l'accompagnement d'un(e) AVS ou AESH sur le temps scolaire OUI NON

Précisez :

.....

→ Autre(s) recommandations utiles :

.....

.....

.....

NOM – PRÉNOM – N° DE TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TRAITANT