

ENFANT

Nom : Prénom :
Né(e) le : Sexe : Féminin
Lieu de naissance : Masculin
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 :

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

.....