

L'enfant

Nom : Prénom :

Date de naissance : GARÇON FILLE

Nom de l'école : Classe :

Commune :

Médecin traitant

Nom : Ville :

Tél :

Renseignements

Groupe sanguin : Poids :

ALLERGIES	Oui	Non	Commentaires ou conduites à tenir en cas de réaction allergique
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Médicamenteuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Produits de maquillage visage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LUNETTES : oui non (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

Votre enfant a-t-il un dossier à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ? Oui Non

Bénéficiez-vous de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) versée par la CAF ? Oui Non

Y a-t-il un Projet d'Accueil Individualisé (PAI), dans un des établissements (scolaire, associations diverses...) déjà fréquenté par votre enfant ? Oui Non Si oui, merci de joindre une copie du document

AUTRES RECOMMANDATIONS :

Autorisation

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant

Déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. D'autre part, j'atteste que les vaccins de mon enfant sont à jour.

Fait à, le

Signature