

FICHE SANITAIRE INDIVIDUELLE

Nom et prénom de l'enfant :

Renseignements médicaux concernant l'enfant

Mon enfant présente une allergie alimentaire (si oui, précisez) :

.....

Maladie chronique ou traitement médical (si oui, précisez) :

.....

L'enfant a-t-il un P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) :

Oui / Non

L'enfant a-t-il des difficultés de santé ? (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) en précisant les précautions à prendre.

.....

.....

Recommandations utiles des parents

L'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, un appareil dentaire... ? (si oui, précisez) :

.....

Personnes à prévenir en cas d'urgence (autres que le représentant légal)

Nom	Prénom	Lien avec l'enfant	N° Téléphone
1/			
2/			

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable référent à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à,

Le

Signature :