



Précisez, ci-dessous, les informations relatives à chaque enfant

NOM :

Prénom : 1°.....2°.....3°.....

Date de naissance :1°..... 2°.....3°.....

➤ **PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE SUR LE TEMPS DU MIDI (nom, prénom, n° de téléphone)**

.....
.....

➤ **Médecin traitant** (nom et téléphone) :.....

➤ **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant l'école : Oui Lequel..... Non

ALLERGIES

Asthme (même si c'est un petit...) Oui Non

Alimentaires Oui Préciser..... Non

Médicamenteuse Oui Préciser..... Non

Autres Oui Préciser..... Non

Indiquez **les problèmes de santé** (maladie, accident, crises convulsives, opération, etc...), les **contre-indications** ou toute autre information qu'il vous semble utile de signaler, en précisant les dates et **les précautions à prendre** :

.....
.....

En cas de prise de médicaments pendant les heures de présence à la cantine, merci de joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (emballage d'origine marqué au nom de l'enfant avec la notice).

Sans l'ordonnance le personnel communal n'autorisera pas un enfant malade à suivre son traitement.

Pour les allergies ou intolérances, fournir obligatoirement un certificat médical ou une copie du carnet de santé.

Un PAI (projet d'accueil individualisé) est fortement conseillé pour les allergies seulement

RESPONSABLE DE L'ENFANT

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

Fait à....., le.....

Signature du représentant légal