

Renseignements médicaux

- **Allergies ou maladies chroniques** :

Allergies ou intolérances alimentaires : OUI NON
Maladie chronique : OUI NON

(Si oui, un protocole d'accueil individualisé (PAI) doit **obligatoirement** être établi entre la famille, le médecin traitant et les services de restauration scolaire et périscolaire).

- **Difficultés de santé**

Indiquez les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

.....
.....
.....

- **Recommandations utiles des parents**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... précisez.

.....
.....
.....

- **Vaccinations** (attention : joindre une photocopie du carnet de santé)

* **Obligatoires** : DT Polio ou Tétracoq

* **Recommandés** : Hépatite B ROR Coqueluche
Autre (précisez)

.....

Date :

Signature :

Réservé à l'Administration :
Fiche vérifiée par les parents le :