

- PATHOLOGIES : qui nécessitent un traitement ou des gestes d'urgence (Hémophilie, épilepsie, diabète, hyperactivité ...) oui non si oui, précisez :

Ces allergies, asthme et /ou pathologie nécessitent-ils la mise en place d'un Projet d'Accueil

Individualisé : oui non

P.A.I. ALIMENTAIRE <input type="checkbox"/>	P.A.I. SANTE <input type="checkbox"/>	P.A.I. ASTHME <input type="checkbox"/>
---	---------------------------------------	--

Si réponse positive : se rapprocher du directeur de l'Animation de quartiers pour étudier la nécessité de mettre en place un P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé).

- ▶ sans viande oui non

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

REGIME ALIMENTAIRE : ▶ sans porc (menu de substitution) oui non

▶ autre oui non

Si oui, précisez

PORT DE LUNETTES OU LENTILLES oui non

Si oui, permanent occasionnel (écrans, lecture)

APPAREIL AUDITIF oui non si oui, lequel

APPAREIL DENTAIRE oui non

Votre enfant est-il suivi par : ▶ un orthophoniste oui non

▶ un pédopsychiatre oui non

ASSURANCES

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE : Compagnie N°

NUMERO DE SECURITE SOCIALE :

Je soussigné.e.

Téléphone fixe : Téléphone portable :

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de la Collectivité en charge de mon enfant, à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par son état de santé (traitements médicaux, hospitalisation, transfusion).

Signature du père, de la mère ou du représentant légal