



Nom :

Prénom :

Classe :

FICHE MEDICALE

Nom et téléphone du médecin traitant :

Votre enfant suit-il un traitement médical ? Oui, précisez : Non

Votre enfant souffre-t-il d'allergies ? Oui Non

Si oui, préciser la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir :

.....

A-t-il ou va-t-il avoir un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ? Oui Non

Si oui, merci de transmettre une copie du document à la mairie.

Votre enfant souffre-t-il de maux de dos ? Oui Non

Votre enfant souffre-t-il d'asthme ? Oui Non

Recommandations utiles des parents : (port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, difficultés de santé particulières...)

.....

.....

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

J'autorise l'hospitalisation en cas d'urgence Oui Non

J'autorise la prise de photos Oui Non

J'autorise la participation aux sorties scolaires Oui Non

J'autorise la pratique du sport Oui Non

Personnes à prévenir en cas d'urgence :

Nom-Prénom :Lien : Tél :

Nom-Prénom :Lien : Tél :

Nom-Prénom :Lien : Tél :

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

Nom-Prénom :Lien : Tél :

Nom-Prénom :Lien : Tél :

Nom-Prénom :Lien : Tél :

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

Date :

Signature :