

FICHE SANITAIRE

SANTE :

Votre enfant est t-il :

- atteint d'une maladie chronique

Oui

Non

Si OUI précisez :

Conduite à tenir :

- en situation d'handicap

Oui

Non

Si OUI précisez :

Conduite à tenir :

- allergique (médicament, aliment,...)

Oui

Non

Si OUI précisez :

Conduite à tenir :

Un Projet d'Accueil Personnalisé est-il nécessaire ?

OUI

NON

Si OUI, Formulaire à renseigner.

RESTRICTION ALIMENTAIRE :

AUTRES INFORMATIONS UTILES POUR L'ACCUEIL

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

Je soussigné(e),

père – mère – représentant légal* de l'enfant, déclare exact

les renseignements portés sur ce dossier.

A.....

le.....

Signature :