

NOM de l'élève :

Prénom :

Date de naissance à renseigner comme suit : jj/mm/aaaa

N° TELEPHONES PARENTS : PERE

MERE

AUTRE(S) PERSONNE(S) A PREVENIR en cas de nécessité, si absence des parents (à remplir impérativement)

Nom et Prénom :

Tél Domicile :

Tél Portable :

I – Votre enfant est-il porteur d'une allergie ? : OUI NON

Si oui, préciser :

Régime alimentaire pour raison médicale : OUI NON

Si oui, préciser :

II – Votre enfant présente-t-il un problème de santé chronique nécessitant une prise de traitement SUR LE TEMPS SCOLAIRE

et/ou des soins quotidiens ? : OUI NON

Si oui, préciser :

III – Si pour raison de santé votre enfant possède une trousse d'urgence POUR LE TEMPS SCOLAIRE, veuillez contacter l'infirmière dès la rentrée.

Pour les élèves possédant déjà un PAI (Projet d'Accueil Individualisé), fournir à l'infirmière impérativement à la rentrée :

P.A.I et trousse d'urgence avec médicaments et ordonnance récente (- de 3 mois) - **Si non transmission, pas de mise en place du P.A.I**

IV – Antécédents médicaux/chirurgicaux - observations - autres :

V – Trouble d'apprentissage ou handicap : OUI NON

Si oui, lequel :

Si votre enfant est atteint d'un **handicap ou d'une maladie invalidante** pouvant nécessiter des aménagements pédagogiques particuliers dans le cadre scolaire, merci de le signaler dès la rentrée au professeur principal, afin qu'il bénéficie d'une prise en charge adaptée.

VI – Votre enfant a-t-il une dispense EPS ? : OUI NON

Si oui, fournir un certificat au C.P.E et à l'enseignant EPS dès la rentrée

Date

Signature du responsable légal

Pour toute modification concernant la santé de votre enfant, veuillez nous informer rapidement :

02 98 95 99 37 infirmerie@likes.org