

ALLERGIES :

Si oui, dans tous les cas suivant, merci de vous rapprocher du responsable du Pôle Enfance afin d'établir un *Projet d'Accueil Individualisé (PAI)*. Joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**.

ALIMENTAIRES oui non

MÉDICAMENTEUSES oui non

AUTRES (animaux, plantes, pollen) oui non

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ?

Oui non

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

3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Le mineur présente-t-il un régime alimentaire particulier :

SANS PORC SANS VIANDE

INTOLÉRANCE LÉGÈRES (*Sans certificat médical*)

Si oui à préciser :

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

AUTRES :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie,...

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

4. RESPONSABLE DU MINEUR

NOM **PRÉNOM**

ADRESSE :

.....
.....

TÉL. DOMICILE : / / / /

PORTABLE PÈRE : / / / / **PORTABLE MÈRE :** / / / /

TÉL. TRAVAIL PÈRE : / / / / **TÉL. TRAVAIL MÈRE** / / / /

NOM et TEL. du MÉDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable du Pôle Enfance à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date et signature :