

Fiche Carnet de Santé

1/ L'ENFANT

NOM, Prénom :

Ecole : Elémentaire / Maternelle *

Classe :

Né(e) le :

Lieu de naissance :

Sexe :

Adresse de l'enfant :

2/ FICHE SANTE DE VOTRE ENFANT

Groupe Sanguin :

Votre enfant est-il Hémophile ? OUI NON

Nom du Médecin traitant :

Votre enfant est-il sous traitement médical : OUI NON Si oui, lequel :

(Joindre une copie de l'ordonnance)

ALLERGIES : Asthme : OUI NON // Médicamenteuses : OUI NON // Alimentaires * OUI NON

Donnez-nous toutes les précisions nécessaires sur l'allergie de votre enfant et la conduite à tenir :

*** Si l'allergie est alimentaire, sachez qu'une demande de PAI (Plan d'accueil individualisé) est à effectuer dès la rentrée auprès de l'école qui le validera avec le médecin scolaire.**

Sans ce document, la commune ne peut en aucun cas prendre des mesures spécifiques pour votre enfant lors des repas et n'a pas autorisation d'avoir une trousse d'urgence dans ses locaux.

PAI : Avez-vous une demande de PAI * (Plan d'accueil individualisé) en cours : OUI NON

Prévoyez-vous d'en faire la demande pour cette année auprès des écoles : OUI NON **sachant que nous ne pouvons gérer un enfant allergique sans ce document !**

Autres renseignements utiles sur la santé de votre enfant et les précautions à prendre :

J'autorise la commune ou son représentant à prendre toute décision concernant la santé de mon enfant et à faire pratiquer toute intervention chirurgicale urgente constatée par le médecin appelé par la collectivité.

Je (Nous), soussigné(s) NOM, Prénom :
Responsable(s) légal(aux) de l'enfant :

NOM, Prénom :

Atteste(nt) l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche.

Fait à, le

Signature du père :

Signature de la mère :