

**ENFANT :**

Nom : ..... Prénom : ..... Classe : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

- Votre enfant est-il sujet à l'épilepsie, l'asthme, la tétanie ou autres crises ?  OUI  NON  
 Si oui, lesquelles ? .....
- Votre enfant a-t-il des allergies ?  OUI  NON  
 Si oui, lesquelles ? .....
- Votre enfant suit-il un traitement médical ?  OUI  NON  
 Si oui, lequel ? .....
- Votre enfant porte des lunettes ?  OUI  NON  
 Si oui, doit-il les garder pendant la récréation ?  OUI  NON
- Votre enfant a-t-il un suivi (orthophonie, psychologie...) ?  OUI  NON  
 Si oui, le(s)quel(s) ? .....
- Groupe sanguin : .....
- Un PAI est-il à mettre en place ?  OUI  NON  
 Si un PAI a déjà été mis en place, est-il à reconduire ?  OUI  NON
- Votre enfant est-il accompagné par une AVS ?  OUI  NON
- Une demande d'AVS est-elle en cours ?  OUI  NON
- Autres renseignements (intervention chirurgicales, maladie grave,...) :  
 .....

Nom du médecin traitant : ..... Téléphone : .....

**Conduite à tenir en Cas d'urgence :**

Je soussigné(e)..... autorise le chef d'établissement, l'enseignante ou la surveillante de mon enfant à prendre toutes dispositions nécessitées par l'état de santé de mon enfant.

Fait à : ..... le : .....

Signature PARENT 1 :

Signature PARENT 2 :

**ATTENTION :** aucun médicament ne sera administré à l'école.

Seuls les enfants atteints d'une maladie chronique pourront, dans le cadre d'un PAI, prendre des médicaments à l'école