



## PERISCOLAIRE 2020-2021

### FICHE ENFANT

Nom de l'enfant :	Prénom :		
Date de naissance :	Sexe	Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	
adresse :			
Ecole fréquentée	Ecole du haut <input type="checkbox"/>	Ecole du bas <input type="checkbox"/>	Classe :
Régime alimentaire	Repas standard <input type="checkbox"/>	Repas sans porc <input type="checkbox"/>	Repas sans viande <input type="checkbox"/> PAI <input type="checkbox"/>

### Renseignements concernant la santé de l'enfant

Est-il allergique à certains aliments ?

Oui  Non  Si oui, lesquels ? .....

Cette allergie nécessite-t-elle la mise en place d'un PAI ?

Oui  Non

Est-il intolérant à certains aliments ?

Oui  Non  Si oui, lesquels ? .....

En cas d'intolérance alimentaire, merci de nous fournir un certificat médical :

Est-il allergique à certains médicaments ?

Oui  Non  Si oui, lesquels ? .....

Lui sont-ils interdits pour raisons médicales ?

Oui  Non  Si oui, lesquels ? .....

Recommandations particulières :

.....  
.....

Nom, adresse et n° de téléphone du médecin de famille

.....

Date du dernier rappel antitétanique (ou DT Polio ou Tétracoq)

.....

*Ces informations sont fournies sous l'entière responsabilité du représentant légal de l'enfant. Vous voudrez bien faire connaître sans délai toute modification, pour raison médicale, des informations ainsi fournies et produire un certificat médical à l'appui.*

### Autorisation parentale de soigner, d'opérer l'enfant

Je soussigné(e), (Nom et Prénom).....

responsable légal en qualité de père, mère, tuteur donne l'autorisation de soigner, d'opérer, mon enfant

(Nom et Prénom)..... âgé(e) de ..... ans

et de pratiquer les anesthésies générales ou locales pour ses soins durant son hospitalisation, et m'engage à payer tous les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation incombant à la famille.

Date : .....

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »