

NOM DE L'ENFANT : **PRENOM :**

Vaccinations obligatoires : A jour : OUI NON

Médecin traitant : NOM : N° Tél :

Renseignements médicaux et recommandations utiles à l'accueil de votre enfant :

A-t-il des allergies (alimentaires, médicamenteuses, pollen etc.) ? : OUI* NON

*Si oui, précisez :

.....

Traitement médical : Votre enfant a-t-il besoin d'un accompagnement médical (diabète, hémophilie, asthme etc.) ?

OUI* NON

*Si oui, précisez :

.....

Accompagnement par un auxiliaire de vie scolaire (AVS) : Votre enfant bénéficie-t-il sur le temps scolaire d'un accompagnement spécifique (handicap moteur etc.) ?

OUI* NON

*Si oui, précisez :

.....

Projet d'accueil individualisé (PAI)* en cours : OUI NON

*Un **Projet d'accueil individualisé (PAI)** concerne les enfants atteints de troubles de la santé (par exemple, troubles respiratoires ou allergie alimentaire). Il s'agit d'un document écrit qui précise les traitements médicaux et/ou les régimes spécifiques liés aux intolérances alimentaires nécessaires sur les temps scolaire et périscolaire. **Aussi, si votre enfant nécessite un accompagnement médical spécifique, veuillez prendre contact avec le médecin scolaire** (à la Direction des services départementaux de l'Éducation nationale, Cité administrative, Place Bonet, Alençon) **afin de mettre en place un PAI.**

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, un appareil dentaire, des prothèses auditives etc. ?

.....

Je soussigné(e) (NOM - Prénom) responsable légal de l'enfant (NOM - Prénom) déclare exacts les renseignements portés dans ce dossier et autorise le responsable de la Communauté urbaine d'Alençon à prendre, le cas échéant, toutes mesures (hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Je m'engage à respecter le règlement intérieur de la restauration scolaire.

Date :

Signature :