

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 FICHE PAR ENFANT

> ENFANT :

Nom	Prénom(s)	Date de naissance	École / Classe	Type de repas	PAI - Projet d'accueil individualisé
				<input type="checkbox"/> Classique <input type="checkbox"/> Sans viande	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

> RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

• L'enfant est suivi pour un problème de santé pouvant nécessiter un traitement d'urgence : Oui Non

• L'enfant est en situation de handicap : Oui Non

• L'enfant a une allergie alimentaire : Oui Non

Précisez :

Panier repas l'année précédente : Oui Non

• L'enfant a une allergie médicamenteuse : Oui Non

Précisez :

• L'enfant a une pathologie chronique (asthme, diabète...): Oui Non

Précisez :

ATTENTION, si vous avez répondu « oui » à l'une des questions ci-dessus, la Ville de Brignais exige la constitution d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI). À ce titre, les parents doivent solliciter une rencontre auprès du directeur de l'école avec le médecin scolaire, afin de déterminer les aménagements adéquats pour l'ensemble des temps d'accueil de l'enfant (voir le règlement des accueils périscolaires).

Une copie du PAI signé par le médecin scolaire devra être jointe au dossier d'inscription périscolaire de l'enfant (dans le cas d'un renouvellement et dans l'attente du nouveau PAI vous pouvez joindre celui de l'année scolaire précédente)

> AUTRES RENSEIGNEMENTS :

• L'enfant porte un appareil spécifique (lentilles, lunettes, prothèses auditives...) Oui Non

Précisez :

• L'enfant a eu des difficultés de santé (maladies, accident, hospitalisation...) Oui Non

Précisez :

• Autres recommandations :

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements ci-dessus et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Signature du responsable légal
Précédée de la mention « Lu et approuvé »