FICHE SANITAIRE DE LIAISON
2020/2021

ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
Nom……	Nom……	Nom……
Prénom……	Prénom……	Prénom……
Date de Naissance……	Date de Naissance……	Date de Naissance……
Classe :……	Classe :……	Classe :……
Renseignement médicaux concernant l'enfant		
L'enfant suit-il un traitement particulier ? ❑Oui ❑ Non Si oui, lequel ?	**L'enfant suit-il un traitement particulier ?** ❑Oui ❑ Non Si oui, lequel ?	**L'enfant suit-il un traitement particulier ?** ❑Oui ❑ Non Si oui, lequel ?
Allergies ou problèmes médicaux ? ❑Oui ❑ Non Si oui, le(s)quel(s) ?	**Allergies ou problèmes médicaux ?** ❑Oui ❑ Non Si oui, le(s)quel(s) ?	**Allergies ou problèmes médicaux ?** ❑Oui ❑ Non Si oui, le(s)quel(s) ?
Régime alimentaire spécifique ? ❑Oui ❑ Non Si oui, lequel ?	**Régime alimentaire spécifique ?** ❑Oui ❑ Non Si oui, lequel ?	**Régime alimentaire spécifique ?** ❑Oui ❑ Non Si oui, lequel ?
A-t-il un PAI : ❑Oui ❑ Non	**A-t-il un PAI :** ❑Oui ❑ Non	**A-t-il un PAI :** ❑Oui ❑ Non
Porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, ect ? ❑Oui ❑ Non Si oui, précisez :	**Porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, ect ?** ❑Oui ❑ Non Si oui, précisez :	**Porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, ect ?** ❑Oui ❑ Non Si oui, précisez :
Médecin de famille		
Nom……Adresse……Tél……		

- **En cas d'allergies et/ou alimentaires, il faudra prendre contact avec la mairie afin d'établir un protocole d'accueil individualisé (PAI). Ce dernier doit être renouvelé chaque année.**

Fait à ……Le……..Signature :