

## FICHE SANITAIRE et PAI

*Ces informations permettent l'accueil de votre enfant dans les meilleures conditions et peuvent être transmises, le cas échéant au personnel soignant. Veuillez donc à renseigner précisément toutes les données demandées.*

NOM DE L'ENFANT

Prénom

Garçon

Fille

Date de naissance

N° de sécurité sociale

### Père ou tuteur légal

NOM

Prénom

Téléphone 1

Téléphone 2

### Mère ou tutrice légale

NOM

Prénom

Téléphone 1

Téléphone 2

### VACCINATIONS Date du dernier rappel

Diphtérie\*

Tétanos

Poliomyélite\*

Ou DT Polio\*

Ou Tétracoq\*

\*Si contre-indication médicale, veuillez joindre un certificat médical de contre-indication

### ALLERGIES CONNUES OUI NON

Asthme

Asthme à l'effort

Asthme au pollen

Médicamenteuses

Alimentaire

Pour toute allergie, veuillez joindre obligatoirement l'ordonnance du médecin traitant avec le traitement avant le 1<sup>er</sup> jour d'accueil (PAI)

Votre enfant porte-t-il des lunettes?  Oui  Non

Votre enfant a-t-il une prothèse ?  Oui, précisez svp: \_\_\_\_\_  Non

Votre enfant a un handicap reconnu ?  Oui  Non

Moteur  Mental  Auditif  Visuel

Nature et conduite à tenir en cas de réaction allergique, handicap ou problème médical divers :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Nom du médecin traitant

N° de téléphone du médecin traitant

Cadre réservé au CSC

Fait à SAINT-LOUIS, le

Signature