

# RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

## VACCINATIONS

Ne pas remplir – Cet encart sera complété par l'infirmier(e) scolaire d'après les justificatifs fournis.

L'enfant est à jour de ses vaccins: OUI  NON

Si non, vaccin(s) manquant(s) : .....

Date de vérification .....

■ Si votre enfant a déjà eu les maladies suivantes, cochez la case correspondante :

LA SCARLATINE  LA VARICELLE

■ Votre enfant a des réactions allergiques (asthme, alimentaires), médicamenteuses ou autres. Précisez lesquelles : OUI  NON

■ Votre enfant a eu des antécédents médicaux ou chirurgicaux, (maladie, accident, crises convulsives, opération, rééducation...). Précisez lequel, les dates et les précautions à prendre OUI  NON

■ Votre enfant suit un traitement médical régulier : OUI  NON   
Précisez lequel : .....

**Le Projet d'Accueil Individualisé (PAI)** permet de mettre en place sur le temps de l'école et du périscolaire les aménagements nécessaires aux enfants souffrant de troubles de santé : administration de médicaments, régime alimentaire particulier...  
Élaboré par le médecin traitant de l'enfant, **le PAI doit être réactualisé chaque année par ce dernier.**

■ Vous demandez à ce qu'il bénéficie d'un P.A.I. pour 2022/2023 : OUI  NON

Précisez lequel : P.A.I Santé  P.A.I Alimentaire

**L'infirmier(e) de santé scolaire prendra contact avec vous pour la mise en place du PAI**

■ Recommandations utiles des parents : (port de lunettes, de lentilles, de prothèses auditives, dentaire...)

■ Repas sans porc : OUI  NON



Fiche sanitaire de liaison infirmerie et périscolaire  
Autorisations parentales 2022 – 2023

1 FICHE PAR ENFANT



Nom de l'enfant : .....

Prénom de l'enfant : ..... Garçon :  Fille :

Né(e) le : ..... à : .....

Adresse de l'enfant .....

**ÉCOLE FRÉQUENTÉE EN 2022-2023 :** .....

Maternelle  Élémentaire  Niveau scolaire en 2022-2023 (PS, MS, CP, CE1...) : .....

École fréquentée en 2021-2022 (Nom, adresse et classe) : .....

Coordonnées des deux parents (remplir les 2 colonnes) ou du responsable légal (remplir seulement la 1<sup>re</sup> colonne)

INFORMATIONS	PARENT 1 <sup>(1)</sup> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sup>(1)</sup> PARENT 2
<sup>(1)</sup> Merci de cocher la case du parent à joindre en premier en cas d'urgence		
Nom		
Prénom		
Adresse		
Tél. mobile		
Tél. pro		
Tél. domicile		
E-mail <i>(séparez bien les lettres pour une lecture aisée)</i>		
Situation des parents	En couple (mariés, pacsés, vie maritale) <input type="checkbox"/> Séparés ou divorcés <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/>	
	<i>Précisez si : garde alternée</i> <input type="checkbox"/>	

Réservé à l'administration

