

ENFANT 3					Autorisé à rentrer seul à son domicile <input type="checkbox"/>
NOM - Prénom : Sexe : Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Date de naissance : Etablissement scolaire : Classe en 2026-2027 : Médecin traitant : Dr..... Etablissement hospitalier en cas d'urgence :					
● Allergies : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <u>[Fournir obligatoirement un justificatif médical en cas d'allergie alimentaire]</u> Si oui, préciser causes et précautions à prendre : ● Difficultés de santé (maladie, accidents, opérations...) : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> / Handicap : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, préciser causes et précautions à prendre : En cas de handicap, êtes-vous bénéficiaire de l'AEEH ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <u>[Si oui, fournir obligatoirement le justificatif]</u> ● PAI (Projet d'Accueil Individualisé) : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <u>[Si oui, fournir obligatoirement la photocopie]</u> ● Autres recommandations utiles : ● Type de repas : Standard <input type="checkbox"/> Sans porc <input type="checkbox"/> Sans viande <input type="checkbox"/> Autre (préciser) <input type="checkbox"/>					
VACCINATIONS	DTP Polio - Coqueluche - Haemophilus influenzae B - Hépatite B	Pneumocoque	Méningocoque C	ROR	
Dates des derniers rappels effectués					
Né(e) avant le 01/01/2018	.....			
Né(e) à partir du 01/01/2018	.....	.....	.....	.....

ENFANT 4					Autorisé à rentrer seul à son domicile <input type="checkbox"/>
NOM - Prénom : Sexe : Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Date de naissance : Etablissement scolaire : Classe en 2026-2027 : Médecin traitant : Dr..... Etablissement hospitalier en cas d'urgence :					
● Allergies : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <u>[Fournir obligatoirement un justificatif médical en cas d'allergie alimentaire]</u> Si oui, préciser causes et précautions à prendre : ● Difficultés de santé (maladie, accidents, opérations...) : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> / Handicap : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, préciser causes et précautions à prendre : En cas de handicap, êtes-vous bénéficiaire de l'AEEH ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <u>[Si oui, fournir obligatoirement le justificatif]</u> ● PAI (Projet d'Accueil Individualisé) : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <u>[Si oui, fournir obligatoirement la photocopie]</u> ● Autres recommandations utiles : ● Type de repas : Standard <input type="checkbox"/> Sans porc <input type="checkbox"/> Sans viande <input type="checkbox"/> Autre (préciser) <input type="checkbox"/>					
VACCINATIONS	DTP Polio - Coqueluche - Haemophilus influenzae B - Hépatite B	Pneumocoque	Méningocoque C	ROR	
Dates des derniers rappels effectués					
Né(e) avant le 01/01/2018	.....			
Né(e) à partir du 01/01/2018	.....	.....	.....	.....