



Accueil de loisirs
1 route de Nozay
Parc F. Mitterrand
91460 MARCOUSSIS

01 64 49 82 17

Service scolaire
5 rue Alfred-Dubois
91460 MARCOUSSIS

01 64 49 64 06

Régie des services
municipaux
5 rue Alfred-Dubois
91460 MARCOUSSIS

01 64 49 64 05

Fax : 01 69 01 18 53

NOM : École et classe :
Prénom : Date de naissance :

N° de sécurité sociale de l'assuré(e) :

☎ Portable Mme : ☎ Portable M. :

Adresse ✉ E-mail : @

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical régulier ? Oui * Non

* Si oui, transmettre à la référente péri-scolaire, une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

L'enfant a-t-il besoin d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) ? Oui Non

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole : Oui Non Varicelle : Oui Non Angine : Oui Non

Scarlatine : Oui Non Coqueluche : Oui Non Otite : Oui Non

Rougeole : Oui Non Oreillons : Oui Non

ALLERGIES : Médicamenteuses : Oui Non Alimentaires : Oui Non

Asthme : Oui Non

Autres :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....
.....
.....
.....
.....

Indiquez les difficultés de santé de l'enfant (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre. :

.....
.....
.....

Votre enfant porte-t-il : Lentilles : Oui Non Lunettes : Oui Non

Prothèses auditives : Oui Non Prothèses dentaires : Oui Non

Aérateurs Trans tympanique (yoyo) : Oui Non

Autres :

.....
.....

Nous nous engageons à signaler tout changement modifiant les indications mentionnées

Noms et Prénoms :

Signature du responsable légal 1 Signature du responsable légal 2

Date :