

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

Année 2026

NOM Prénom de l'enfant : _____ Date de naissance : _____

NOM du Médecin Traitant : _____ Téléphone : _____

Votre enfant présente-t-il des troubles de santé ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez _____

Votre enfant a-t-il :

- Des allergies alimentaires ? ☐ Oui ☐ Non
- Des allergies médicamenteuses ? ☐ Oui ☐ Non
- D'autres allergies ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez _____

Votre enfant fait-il l'objet d'un P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé) ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, merci de joindre une copie du P.A.I. et prendre contact avec le Responsable Enfance / Jeunesse

Votre enfant a-t-il une reconnaissance handicap ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, merci de nous transmettre une attestation d'attribution d'A.E.E.H

Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez _____

Je déclare sur l'honneur que mon enfant est à jour de toutes les vaccinations obligatoires.

J'atteste l'exactitude des renseignements portés sur ce document et m'engage à faire connaître toute modification éventuelle.

Fait à _____

Le _____

Signature précédée de la mention « Lu et Approuvé »