

<b>ENFANT 3</b>		Autorisé à rentrer seul à son domicile <input type="checkbox"/>		
<b>NOM - Prénom</b> : ..... Sexe : Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Date de naissance : ..... / ..... / ..... Etablissement scolaire : ..... Classe en 2024-2025 : ..... Médecin traitant : Dr..... Etablissement hospitalier en cas d'urgence : .....				
VACCINATIONS Dates des derniers rappels effectués	DTP Polio - Coqueluche - Haemophilus influenzae B - Hépatite B	Pneumocoque	Méningocoque C	ROR
Né(e) avant le 01/01/2018	..... / ..... / .....			
Né(e) à partir du 01/01/2018	..... / ..... / .....	..... / ..... / .....	..... / ..... / .....	..... / ..... / .....
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Allergies : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, préciser causes et précautions à prendre : .....</li> <li>● 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 : .....</li> <li>En cas de handicap, êtes-vous bénéficiaire de l'AEEH ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></li> <li>● PAI (Projet d'Accueil Individualisé) : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <b><u>[Si oui, fournir obligatoirement la photocopie]</u></b></li> <li>● Autres recommandations utiles : .....</li> <li>● Type de repas : Standard <input type="checkbox"/> Sans porc <input type="checkbox"/> Sans viande <input type="checkbox"/> Sans poisson <input type="checkbox"/> Autre (préciser) <input type="checkbox"/> .....</li> </ul>				

<b>ENFANT 4</b>		Autorisé à rentrer seul à son domicile <input type="checkbox"/>		
<b>NOM - Prénom</b> : ..... Sexe : Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Date de naissance : ..... / ..... / ..... Etablissement scolaire : ..... Classe en 2024-2025 : ..... Médecin traitant : Dr..... Etablissement hospitalier en cas d'urgence : .....				
VACCINATIONS Dates des derniers rappels effectués	DTP Polio - Coqueluche - Haemophilus influenzae B - Hépatite B	Pneumocoque	Méningocoque C	ROR
Né(e) avant le 01/01/2018	..... / ..... / .....			
Né(e) à partir du 01/01/2018	..... / ..... / .....	..... / ..... / .....	..... / ..... / .....	..... / ..... / .....
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Allergies : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, préciser causes et précautions à prendre : .....</li> <li>● 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 : .....</li> <li>En cas de handicap, êtes-vous bénéficiaire de l'AEEH ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></li> <li>● PAI (Projet d'Accueil Individualisé) : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <b><u>[Si oui, fournir obligatoirement la photocopie]</u></b></li> <li>● Autres recommandations utiles : .....</li> <li>● Type de repas : Standard <input type="checkbox"/> Sans porc <input type="checkbox"/> Sans viande <input type="checkbox"/> Sans poisson <input type="checkbox"/> Autre (préciser) <input type="checkbox"/> .....</li> </ul>				