ENFANT 3		Autorisé à rentrer seul à son domicile ☐		
NOM - Prénom : Sexe : Féminin ☐ Masculin ☐ Date de naissance : / / Etablissement scolaire : Classe en 2025-2026 : Médecin traitant : Dr..... Etablissement hospitalier en cas d'urgence :				
● Allergies : Oui ☐ Non ☐ <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 ☐ Non ☐ / Handicap : Oui ☐ Non ☐ Si oui, préciser causes et précautions à prendre : En cas de handicap, êtes-vous bénéficiaire de l'AEEH ? Oui ☐ Non ☐ <u>[Si oui, fournir obligatoirement le justificatif]</u> ● PAI (Projet d'Accueil Individualisé) : Oui ☐ Non ☐ <u>[Si oui, fournir obligatoirement la photocopie]</u> ● Autres recommandations utiles : ● Type de repas : Standard ☐ Sans porc ☐ Sans viande ☐ Sans poisson ☐ Autre (préciser) ☐				
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 ☐		
NOM - Prénom : Sexe : Féminin ☐ Masculin ☐ Date de naissance : / / Etablissement scolaire : Classe en 2025-2026 : Médecin traitant : Dr..... Etablissement hospitalier en cas d'urgence :				
● Allergies : Oui ☐ Non ☐ <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 ☐ Non ☐ / Handicap : Oui ☐ Non ☐ Si oui, préciser causes et précautions à prendre : En cas de handicap, êtes-vous bénéficiaire de l'AEEH ? Oui ☐ Non ☐ <u>[Si oui, fournir obligatoirement le justificatif]</u> ● PAI (Projet d'Accueil Individualisé) : Oui ☐ Non ☐ <u>[Si oui, fournir obligatoirement la photocopie]</u> ● Autres recommandations utiles : ● Type de repas : Standard ☐ Sans porc ☐ Sans viande ☐ Sans poisson ☐ Autre (préciser) ☐				
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	 / /	 / /	 / /