

## FICHE MEDICALE

### A FAIRE REMPLIR PAR VOTRE MEDECIN TRAITANT

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Date de Naissance :** \_\_\_\_\_

**Prénom :** \_\_\_\_\_ **Poids :** \_\_\_\_\_

**Sexe :**  Garçon  Fille **Taille :** \_\_\_\_\_

#### VACCINATIONS :

L'enfant est à jour de ses vaccinations obligatoires

#### APTITUDE :

L'enfant est apte à la vie en collectivité

L'enfant est apte à la pratique du sport

#### ALLERGIE OU MALADIE DE L'ENFANT :

Allergie médicamenteuse : oui  non  Si oui laquelle : \_\_\_\_\_

Allergie autre : oui  non  Si oui laquelle : \_\_\_\_\_

Traitement : oui  non  Si oui lequel : \_\_\_\_\_

Indiquez ici les difficultés de santé en précisant les dates :

(Maladie(s), accident(s), crise(s) convulsive(s), hospitalisation(s), opération(s), rééducation(s))

.....

Un protocole d'accueil individualisé (PAI) peut être mis en place selon le problème de santé rencontré. *Pour information, le PAI qui pourrait être mis en place par le médecin scolaire n'est valable que pour le temps d'accueil scolaire et non pour l'accueil de votre enfant par LATRESCA / Tartines et Câlins.*

#### ALLERGIE OU MALADIE NECESSITANT UN PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISE :

Allergie(s) ou intolérance(s) alimentaire(s) oui  non

Problème(s) respiratoire(s) oui  non

Trouble(s) neurologique(s) oui  non

Trouble(s) de la coagulation sanguine oui  non

Diabète oui  non

Autre(s) oui  non  lequel(s) \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_ déclare exacts les renseignements médicaux portés sur cette fiche.

Date

tampon et signature :