



Mairie
1, rue Trianon - 45310

☎ : 02 38 80 81 02

☎ : 02 38 80 80 75

✉ : mairie.patay@wanadoo.fr

ANNEE SCOLAIRE 2019/2020

**FICHE SANITAIRE
RESTAURANT ET PAUSE MERIDIENNE**

(Une fiche par enfant)

Nom Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Nom du médecin traitant :

Numéro de téléphone du
médecin traitant :

Adresse du médecin traitant :

Merci de fournir les photocopies du carnet de santé : pages des vaccinations.

L'enfant suit-il un traitement médical ?

oui non

L'enfant bénéficie-t-il d'un PAI « Projet Accueil Individualisé » ?

oui non

ALLERGIES :

Asthme oui non Médicamenteuses oui non

Alimentaires oui non Autres oui non

Si oui précisez :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si nécessité absolue, merci de joindre la prescription médicale et les traitements médicamenteux)

.....
.....

**AUTORISATION DE SOINS D'URGENCE
RESTAURANT ET PAUSE MERIDIENNE et TEMPS DE SURVEILLANCE COMMUNALE**

En cas d'accident, le personnel communal prévient les parents ou autres représentants légaux, dans les meilleurs délais. En cas d'urgence, un enfant accidenté ou malade est orienté par le SAMU (15).

Nous, soussignés, Monsieur et/ou Madame
autorisons le personnel communal à prévenir le SAMU (15) qui prendra toutes les mesures sanitaires nécessaires pour notre enfant au cas où, celui-ci serait victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide.

Fait le .../.../.....

A

Signature du père,
(ou représentant légal)

Signature de la mère,
(ou représentante légale)