

Nom et prénom de l'enfant : .....

Nom, adresse et téléphone du médecin traitant :

.....  
.....

Mon enfant a une prise en charge :

- Orthophonique
- Psychologique

Mon enfant a une correction :

- Visuelle et doit porter les lunettes en permanence
- Visuelle et ne doit pas porter les lunettes pendant les récréations
- Auditive

Mon enfant a une/des allergie(s) :

.....

Mon enfant suit un régime particulier :

.....

Partie à compléter si votre enfant est :

- Atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicament(s) durant le temps scolaire
- Susceptible de prendre un traitement d'urgence

Maladie dont souffre votre enfant : .....

Traitement : .....

Médecin prescripteur : .....

Observations particulières : .....

En fonction des renseignements que vous aurez précisés, vous serez contactés pour établir si nécessaire un Projet d'Accueil Individualisé (PAI).