

FICHE INFORMATION SANTE

COLLEGE DU RUISSEAU

Nom : Prénom : Classe :

Date de naissance :

Téléphone (parents) :

Adresse :
.....

Etablissement précédent :

Si **votre enfant est atteint de troubles de la santé** tels que : migraine, douleur de règles importantes ou autres : **précisez** : Nécessitant une prise en charge médicamenteuse durant son temps scolaire, en cas de besoin je vous serais reconnaissante de bien vouloir vous rapprocher de l'**infirmerie**.

Votre enfant a-t-il **une allergie alimentaire ou intolérance alimentaire** (fruits, crustacés, gluten, poissons...)

Précisez : **(Joindre obligatoirement un Certificat Médical et se rapprocher de l'infirmière)**

Autre allergie connue :

Votre enfant bénéficie-t-il de : **PAP** **PPS** **PAI** **PPRE** **Autres (à préciser)**

Et pour quelles raisons : _____.

Merci de joindre une copie des documents

Si votre enfant est suivi à l'extérieur vous pouvez me tenir informée en cochant la case correspondante :

Orthophoniste Ergothérapeute Psychologue
 CMPP CMPEA Ou autres (à préciser):
.....

Nom du spécialiste ou des spécialistes :
.....

Ce coupon sera à joindre sous enveloppe au dossier d'inscription ou de réinscription.

Date :

Signature du Responsable Légal