Trièves
COMMUNAUTÉ DE COMMUNES

FICHE SANITAIRE DE LIAISON
(Obligatoire pour tous les élèves)

EN CAS D'URGENCE

Nom et prénom de l'enfant : _____
Garçon ☐ **Fille** ☐
Date de naissance : _____
Adresse :_____

☎ **Du domicile : __ / __ / __ / __ / __**

- ☎ **Professionnel de la mère :** __ / __ / __ / __ / __
- ☎ **Portable de la mère :** __ / __ / __ / __ / __
- ☎ **Professionnel du père :** __ / __ / __ / __ / __
- ☎ **Portable du père :** __ / __ / __ / __ / __

Personne(s) responsable(s) de l'enfant : _____
_____

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

MEDECIN TRAITANT : _____ ☎ _____
Groupe sanguin de l'enfant (si connu) : _____
Allergies :

☐ Asthme ☐ Médicamenteuse
☐ Alimentaire ☐ Autre……

► Votre enfant est-il atteint d'une maladie chronique nécessitant un traitement en cas de crise durant la période périscolaire ?

☐ oui ☐ non

► Votre enfant fait-il l'objet d'un P.A.I. ?

☐ oui ☐ non

Trièves
COMMUNAUTÉ DE COMMUNES

LE P.A.I. : Projet d'Accueil Individualisé

Votre enfant sera accueilli dans les mêmes conditions que les autres enfants.

- Si son état de santé le nécessite d'une part
- Et si le médecin qui suit votre enfant le juge nécessaire d'autre part,

Dans tous les cas un P.A.I. devra être établi. Il sera demandé en particulier pour les enfants ayant un régime alimentaire non compatible avec les repas proposés par la collectivité ou tout autre problème de santé. De manière à assurer sa sécurité, l'accueil de votre enfant ne pourra avoir lieu **qu'après un entretien avec le service « vie scolaire » et l'établissement du projet d'accueil individualisé.**

Le **P**rojet d'**a**ccueil **I**ndividualisé est mis au point à la demande de la famille par le directeur d'école et l'établissement d'accueil petite enfance en concertation avec le médecin du service concerné.
Il précisera notamment les conduites à tenir pour votre enfant durant les temps de présence dans la structure.

EN CAS D'URGENCE

Personnes autorisées à venir chercher votre enfant et/ou à prévenir en cas d'urgence AUTRES QUE LES PARENTS

Nom et prénom_____ _____

Nom et prénom_____ _____

Nom et prénom_____ _____

Nom et prénom_____ _____

Renseignements particuliers concernant la santé de l'enfant (allergies, asthme...)

_____

AUTORISATION D'INTERVENTION EN CAS D'URGENCE

Je soussigné(e)_____ autorise le personnel d'encadrement de la cantine, employé par la Communauté de Communes du Trièves à prendre toutes mesures utiles en cas d'urgence (transport, admission si besoin était) pour une hospitalisation et déclare que cette autorisation est valable pour toute la durée de l'année scolaire 2014/2015, de mon enfant _____.

Fait à _____, le _____

Signature précédée de la mention « *Lu et approuvé* »