



**Allergies :** Asthme :  oui  non  
 Alimentaires :  oui  non → si oui, précisez : .....  
 Médicamenteuses :  oui  non → si oui, précisez : .....  
 Autres : .....

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....  
 .....

Préciser si votre enfant a des **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....  
 .....

#### 4 – Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte :  des lunettes  un appareil dentaire  un appareil auditif

Au besoin, précisez : .....

.....  
 .....

#### 5 – Personnes majeures à prévenir en cas d'urgence

Nom	Prénom	Téléphone portable ( <i>obligatoire</i> )	Lien avec l'enfant

*Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, autorise les responsables de l'école et du périscolaire à prendre, en cas d'urgence, les dispositions nécessaires.*

*Je certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements portés sur ce document.*

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Signature + Mention « lu et approuvé » :**