

COMMUNE DE FONTAINE-LA-MALLET

ANNÉE SCOLAIRE 2025-2026

ECOLE MATERNELLE JEAN FERBOURG

Nom et prénom de l’enfant …………………………………………………………………….

1. **Votre enfant présente-t-il des troubles de santé ?**

Allergies alimentaires : non oui Si oui, lesquelles : …………………………

…………………………………………………………………………………………………….

Asthme : non oui Diabète : non oui

Epilepsie : non oui Autres allergies : non oui

1. **Votre enfant suit-il un traitement médical régulier ?**

Non oui si oui, précisez ……………………………………………………

*Aucun traitement ne sera donné en dehors d’un PAI*

1. **En cas d’urgence** :

Le trouble de la santé implique-t-il une conduite particulière à suivre ? non oui

1. **Autres difficultés de santé et précautions à prendre** :

Suivi spécialisé, antécédents d’accidents, d’opérations …………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

1. **Remarques éventuelles :**

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, problème d’énurésie, précautions à prendre … :

Document à remettre au service administratif