



N° Sécurité sociale (dont dépend l'enfant) : \_\_\_\_\_ (Obligatoire)

N° CAF : \_\_\_\_\_

Nom et téléphone du médecin traitant : \_\_\_\_\_

En cas d'urgence, l'élève est transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital. La famille est immédiatement avertie par nos services.

### **Inscription à la restauration scolaire à effectuer par le biais du Portail Famille**

**Repas spéciaux**

**Précisez :** \_\_\_\_\_

### **S A N T É**

**à compléter même si l'enfant ne fréquente pas la restauration scolaire**

■ **Allergies alimentaires :**  oui  non

**Diabète :**  oui  non

**Si oui**, la famille doit :

- Retirer le dossier « **Projet d'Accueil Individualisé** » auprès de la Direction de l'école.
- Compléter & remettre l'ensemble des documents à la Direction de l'école.

**L'inscription au service de la restauration scolaire ne sera effective qu'après la validation du P.A.I. par la Commission P.A.I. (Lille).**

**En cas de modifications du P.A.I., les documents doivent être transmis à la Direction de l'école et aussi en informer la Direction de l'Éducation.**

**Pour toute reconduction de P.A.I.**, l'enfant sera accueilli au sein du service de restauration scolaire **durant 1 mois (septembre)**. Si les parents ne transmettent pas les documents nécessaires à cette reconduction, l'enfant ne pourra plus être accueilli au service de restauration scolaire dès le 1<sup>er</sup> octobre.

■ **Asthme :**  oui  non

**Si oui**, la famille doit :

- Retirer le dossier « **Projet d'Accueil Individualisé** » auprès de la Direction de l'école.
- Compléter & remettre l'ensemble des documents à la Direction de l'école.

L'enfant sera accueilli au sein du service de restauration scolaire dès le mois de septembre, dans l'attente de la mise en place du P.A.I.

■ **Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?**

**Oui (informations à nous transmettre sous pli cacheté)**

**Non**

■ **Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez :** \_\_\_\_\_

**Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, représentant légal de l'enfant, \_\_\_\_\_, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise, le cas échéant, la collectivité à prendre toutes mesures nécessaires en cas d'urgence médicale.**

**Date :**

**Signature :**