



LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

**Projet d'Accueil Individualisé :**                      OUI                                              NON

.....

.....

.....

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...  
PRÉCISEZ.

[illegible]

NOM ..... PRÉNOM.....  
 ADRESSE .....  
 .....  
 .....  
 TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU :.....  
 NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT.....

A ..... Date :

**Signature :**

.....

.....

.....

.....

.....