

ANNÉE



## DOSSIER FAMILLE - ANNEXE SANTÉ

### FICHE DE LIAISON MÉDICALE CONFIDENTIELLE DESTINÉE AUX MÉDECINS DE LA COMMISSION MÉDICO-TECHNIQUE.

À compléter par le médecin traitant, le pédiatre ou l'allergologue.

Si vous avez complété un PAI sur le temps scolaire, vous pouvez nous en transmettre une copie qui remplacera ce document.

## IDENTITÉ DE L'ENFANT

NOM : .....

PRÉNOM : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

## PATHOLOGIE JUSTIFIANT LA DEMANDE

### ALLERGIE ALIMENTAIRE :

Oui  Non

Allergène(s) retenu(s) : .....

Date de la dernière manifestation allergique : .....

Type de réaction clinique :  Eczéma  Choc anaphylactique

Urticaire localisé ou généralisé  Œdème de Quincke

Signes digestifs  Syndrome oral

(prurit de la bouche, œdème labial)

AUTRE ALLERGIE :  Oui

Non

Allergène(s) retenu(s) : .....

Date de la dernière manifestation allergique : .....

Type de réaction clinique : .....

ASTHME :  Oui

Non

AUTRES : .....

## TRAITEMENT OU SURVEILLANCE PENDANT LE TEMPS DE CANTINE (11H 30 - 13 H 20)

(sous réserve de l'avis de la Commission médico-technique)

### Traitement permanent à la cantine :

Oui  Non

Si oui, lequel? (*joindre impérativement l'ordonnance*): .....

### Protocole d'urgence préconisé :

Oui  Non

Si oui, lequel? (*joindre impérativement le protocole*): .....

### Soins et surveillance pendant le temps de cantine :

Oui  Non

Si oui, description des signes cliniques à surveiller : .....

### Un « panier repas » préparé par les parents est-il nécessaire ?

Oui<sup>1</sup>  Non<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Merci de renseigner le formulaire panier repas

<sup>2</sup> Dans ce cas, aucune préconisation ou adaptation particulière ne sera apportée au menu de la cantine.

Nom du médecin : .....

Coordonnées ou cachet :

Date : ..... / ..... / .....

Signature :