

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 Non*

* Dans ce cas, aucune préconisation ou adaptation particulière ne sera apportée au menu de la cantine.

Nom du médecin :

Coordonnées ou cachet :

Date : / /

Signature :