

Mission de Promotion de la
Santé en Faveur des Elèves
Service Médical PAI 7

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE simplifié

PROTOCOLE D'INTERVENTION EN CAS D'URGENCE

Elève concerné :
Nom : Ecole :
Prénom : Classe :
Né(e) le : Enseignant :

Signes d'appel, symptômes visibles :
.....
.....
.....

Traitement à prendre ou mesures particulières :
.....
.....
.....

Personne à contacter en cas d'urgence :
Parents : Tél :
Autres référents : Tél :
Médecin : Tél :

Informations à fournir au médecin d'urgence (si ces éléments sont confidentiels, les joindre sous pli cacheté, à l'attention du médecin scolaire)
.....
.....

Date : Signature et cachet du médecin traitant :

Agrafer l'ordonnance au présent document

La famille est informée de la nécessité de transmettre ce document aux services municipaux concernés lorsque l'enfant fréquente la restauration scolaire ou le centre de loisirs

AUTORISATION PARENTALE DE PRISE DE MEDICAMENTS
Je soussigné(e),, père, mère, tuteur de l'enfant.....
autorise les membres de l'équipe éducative, à administrer à mon enfant les médicaments prescrits selon le protocole établi ci-dessus.
A, le Signature :

Directeur ou chef d'établissement : Nom : Signature :	Membre de l'équipe éducative : Nom : Signature :
Services municipaux Nom : Signature :	Médecin Scolaire : Nom : Signature :