



Classe :

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ...../...../.....

Renseignements concernant la santé de l'élève (allergie, traitement en cours...) :

.....  
.....

Pour toutes informations confidentielles, veuillez prendre RDV avec l'infirmière

Médecin traitant : Nom : ..... Téléphone : .....

⚡ Attention, aucun élève ne doit garder de médicaments (y compris Paracétamol, Spasfon...) en sa possession. Il doit les déposer à l'infirmerie avec l'ordonnance.

### Suivi Extérieur :

Hôpital : Nom du médecin en charge du suivi : .....

CISA : Nom du référent : ..... Téléphone : .....

CMP : Nom du référent : ..... Téléphone : .....

CMPP : Nom du référent : ..... Téléphone : .....

Aucun médicament ne sera administré au sein de l'établissement sans prescription médicale ni PAI signé.

Pièces à joindre : photocopie de toutes les pages vaccinations du carnet de santé (DT Polio obligatoire).

Votre enfant a-t-il bénéficié l'année dernière d'un aménagement scolaire particulier ? : OUI NON

Si oui lequel ? : PAI PPS 1/3 TEMPS CNED AUTRE : .....

Souhaitez-vous le renouveler cette année? OUI NON

Souhaitez-vous rencontrer le médecin scolaire ? Oui NON

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par l'établissement.

Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille ou de son correspondant.

Fait à ..... Le ..... Signature précédée de la mention « lu et approuvé »