

PRISE EN CHARGE COMPLEMENTAIRE : INTERVENTION DE PERSONNEL MEDICAL ET/OU PARAMEDICAL

Coordonnées :

Coordonnées :

.....

.....

.....

.....

Lieu d'intervention :

Lieu d'intervention :

.....

.....

Heures et jours :

Heures et jours :

.....

.....

TRAITEMENT MEDICAL

Nom des médicaments :

Doses, mode de prise et horaires : *(Selon l'ordonnance adressée sous pli cacheté à l'infirmier(ère) ou le cas échéant au directeur d'établissement)*

REGIME ALIMENTAIRE

(Selon la prescription du médecin qui suit l'enfant dans le cadre de sa pathologie)

.....

.....

.....

.....

PROTOCOLE EN CAS D'URGENCE QUI SERA JOINT AU PAI

Signes d'appel :

.....

.....

.....

.....

Mesures à prendre dans l'attente des

.....

secours :

.....

.....

Symptômes visibles :

.....

.....

.....

.....

.....

REFERENTS A CONTACTER : NUMEROTER PAR ORDRE DE PRIORITE

Parents ou tuteur

Tél domicile :

Tél travail :

Médecin traitant :

Tél :

Médecin spécialiste :

Tél :

SAMU : 15 ou 112 par portable

Pompiers

Service hospitalier :

Tél :

Cachet et signature du médecin,

Les parents ou représentant légal,

**Le proviseur,
Vincent Ripoché**

**L'infirmière,
Madeleine Olympio**