

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 Directeur d'Établissement,

Les personnels de santé,