

Mission de Promotion de la  
Santé en Faveur des Elèves

Réf. : B.O. Hors série N°1 du 6 janvier 2000

Nom : .....	Classe : .....
Prénom : .....	Date de Naissance : .....
<input type="checkbox"/> Externe <input type="checkbox"/> Demi-pensionnaire <input type="checkbox"/> Interne Le Corbusier <input type="checkbox"/> Interne Gutenberg	

**Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone**

	<i>Responsable légal 1</i>	<i>Responsable légal 2</i>	<i>Autres</i>
<b>Nom et Prénom</b>			
Adresse			
N° de téléphone du domicile			
N° de téléphone portable			
N° de téléphone du travail			

**Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :**

.....  .....

N° sécurité sociale :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 le plus rapidement possible avertie par nos soins.

**Un élève mineur ne pourra être pris en charge et/ou sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.**

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : .....

**UNE PHOTOCOPIE DES VACCINATIONS DU CARNET DE SANTE EST EXIGEE ET CE MEME SI VOTRE ENFANT EST DEJA SCOLARISE DANS L'ETABLISSEMENT, MERCI DE LA JOINDRE A CE DOCUMENT**

Nom, adresse et n° de téléphone du médecin traitant : .....

Observations particulières **que vous jugerez utiles de porter à la connaissance** de l'établissement (*allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre...*) **Essentiel en cas d'urgence.**

Si l'état de santé de votre enfant nécessite la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) dans le cadre d'une maladie chronique (circulaire n°2003-135 du 08 septembre 2003), merci de joindre, sous pli cacheté à l'attention du service de santé scolaire, un courrier de votre médecin traitant ou du spécialiste. Ce courrier doit comprendre un protocole d'urgence ainsi qu'une ordonnance pour les traitements concernés.

**Demande de P.A.I :**

OUI ☐

NON ☐

A \_\_\_\_\_ le, .....  
*Signature des responsables légaux*