

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

Protocole de soins d'urgence
A renseigner par le médecin qui suit l'enfant

NomPrénomNé(e) le

Établissement scolaireClasse

Signes d'appel, symptômes visibles

.....
.....
.....
.....

Traitement à prendre ou mesures particulières

.....
.....
.....
.....

Si la situation ne s'améliore pas et/ou vous inquiète contacter le SAMU 15

Informez les parents : Tél

Date

Signature et cachet du médecin traitant

Je soussigné(e) père, mère, tuteur de l'enfant
demande aux membres de l'équipe éducative, d'administrer à mon enfant les médicaments prescrits selon le
protocole établi ci-dessus.

A..... Date Signature

Nom	Date	Signature
Directeur ou Chef d'Établissement		
Membre de l'équipe éducative		