

**Fiche de prise en charge des besoins médicaux spécifiques de l'élève  
dans le temps et l'espace scolaire du ... / ... /20... au ... /... /20...  
(A compléter par le médecin traitant)**

Document à remplir lors de l'inscription ou au moment de la détection d'une pathologie... à revoir régulièrement...

Nous signalons que si le traitement nécessite une formation trop lourde ou importante du dispensateur pour administrer les soins à l'élève, l'école et le P.O. se réservent le droit de refuser la prise en charge de cette formation et donc, dudit traitement.

**A compléter par le médecin traitant et les parents puis soumis à l'accord de l'école (direction et/ou enseignants et/ou accueillants).**

Sans accord de l'école, ce document n'est pas valable.

Nom et prénom de l'élève : .....

date de naissance : ..... / ..... / .....

Classe : .....

Nom des parents ou du représentant légal

Nom du médecin traitant

Tél (s) :

Tél :

Adresse(s) :

Adresse :

Aménagements nécessaires et raisonnables en fonction des besoins médicaux spécifiques de l'élève

*A compléter par le médecin traitant*

*(Exemples non exhaustifs : Modification de l'horaire, adaptation de certaines activités, organisation d'activités de substitution, adaptation des locaux, matériel spécifique, besoin d'accompagnement, dispense de cours, lieu de repos, aide à l'alimentation, temps supplémentaire aux contrôles et examens, place fixe dans la classe (certains enfants souffrant de troubles psychiques supportent mal les changements quand appeler une ambulance ?, que faire en attendant une ambulance ?,...)*



<p align="center"><b>Procédure en cas d'urgence</b></p> <p>Coordonnées des personnes à contacter en urgence (Tél, GSM)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Premiers secours, infirmière, ...</li> <li>- Parents ou responsables parentaux : (coordonnées du lieu de travail)</li> <li>- Médecin</li> </ul>	<p><i>A compléter par le médecin traitant et/ou les parents</i></p>
<p>Quand faut-il prévenir les parents ?</p>	<p><i>Le P.O. souhaite que la direction (ou son remplaçant) prévienne les parents de toute situation anormale. Merci.</i></p>

*Pour accord,*

*Le médecin traitant :*  
*(Date, nom et signature)*

*Le(s) parent(s) :*  
*(Date, noms et signatures)*

*La direction et/ou l'enseignant et/ou l'accueillant :*  
*(Date, noms et signatures)*