



**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'Etablissement,**

**Les personnels de santé,**