

# Protocole de soins d'urgence

## Elève concerné :

**NOM :**

**PRENOM :**

Date de naissance :

Adresse :

Classe :

***Signes d'appel, symptômes visibles :***

***Mesure à prendre :***

***Médecin à joindre :***

***Permanences téléphoniques d'urgence :***

Informations à fournir au médecin d'urgence (des éléments confidentiels peuvent être joints sous pli cacheté qui sera rendu au service médical en fin d'année scolaire)

Date :

Signature et cachet du médecin traitant