



**ACTES DE SOINS**

**FICHE A RENDRE A L'EDUCATEUR DE NIVEAU**

Je soussigné (e) \_\_\_\_\_ , père / mère / responsable de

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ , Classe \_\_\_\_\_

souhaite transmettre au Collège les informations suivantes.

**Mon enfant souffre :**

- d'une maladie chronique (asthme, épilepsie, diabète.....) : laquelle ?
- des allergies suivantes :
- d'intolérance alimentaire : quels aliments ?

**Mon enfant nécessite une attention particulière et des soins précis : description :**

- de la nature de la maladie
- de ses symptômes
- de son évolution
- de ses conséquences (régime alimentaire, horaire...)
- du traitement suivi (ordonnance signée par le médecin traitant indiquant le médicament qui doit être administré : nom, doses, horaires...) :
- des risques que cette maladie peut faire courir au jeune :

Médecin traitant :

- nom et prénom :
- numéro de téléphone :

Date et signature :