



COLLÈGE SAINT-ÉTIENNE

secondaire

Av. des Prisonniers de Guerre 36
1490 Court-Saint-Étienne
Tél. 010 61 27 56
accueil.cse@cste.be
Matricule: 2.41.2.0656.012

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 :