

ANNEXE 2

**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, le PO se réserve le droit de refuser la prise en charge de cette formation et donc, dudit traitement.

A compléter en concertation avec l'élève, ses parents, la direction, les enseignants et/ou les accueillants concernés, le Service PSE ou le Centre PMS, le médecin traitant,... Sans l'accord de toutes les parties concernées et précitées, ce document n'est pas valable.

Nom et prénom de l'élève :

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

Classe : École :

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.

À 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 ?,...)

Administration des médicaments (noms, doses et horaires).	À compléter par le médecin traitant.
Lieu où les médicaments sont mis à disposition.	À compléter par la direction.
Coordonnées des personnes pouvant y accéder.	À compléter par la direction.
Formation nécessaire du dispensateur pour administrer le traitement proposé ci-dessus ? Si oui, laquelle ?	À compléter par le médecin traitant. OUI NON
Régime alimentaire (allergies)	À compléter par le médecin traitant.
Signes nécessitant une intervention <u>sans</u> recourir à la procédure d'urgence	À compléter par le médecin traitant.
Signes nécessitant une intervention en <u>urgence</u>	À compléter par le médecin traitant.

<p style="text-align: center;">Procédure en cas d'urgence</p> <p>Coordonnées des personnes à contacter en urgence (Tél, GSM)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Premiers secours, infirmière, ... - Parents ou responsables parentaux : (coordonnées du lieu de travail) - Médecin 	<p><i>A compléter par le médecin traitant et/ou les parents.</i></p>
<p style="text-align: center;">Quand faut-il prévenir les parents ?</p>	

Date et signatures (le chef d'établissement, les parents ou les responsables parentaux, les enseignants et/ou les accueillants concernés, le médecin traitant, le centre PMS ou PSE).

Pour accord,

Accord du Collège communal :

Approuvé en séance du