**Signataires**

**Établissement scolaire et hors de l’établissement scolaire**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Référents | Nom | Courriel | Signature et date | Exemplaire reçu le : |
| Chef d’établissement  Directeur d’école  Directeur d’établissement |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Enseignant de la classe Professeur principal Encadrant de la structure |  |  |  |  |
| Médecin  ~~éducation nationale~~  ou de PMI  ou de la collectivité d’accueil | Si le médecin de l’EN ajoute des informations complémentaires  Alors il remplira les pages 3 et 4  Et signera uniquement en bas de page 4 | | | |
| Infirmier éducation nationale ou de PMI ou de la collectivité d’accueil |  |  |  |  |

**Partenaires**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Référents | Nom | Courriel | Signature et date | Exemplaire reçu le : |
| Médecin traitant  ou services hospitaliers |  |  | Signature au bas du document qu’il remplit |  |
| Représentant du service de restauration |  |  |  |  |
| Responsable des autres temps périscolaires |  |  |  |  |
| Autres |  |  |  |  |

**Toutes les informations nécessaires à la prise en charge de l’élève seront jointes au présent document.**