NOM :…….....

Prénom : ……..

Classe :…….... **Année : 20**…./**20**….
Classe :…….... **Année : 20**…./**20**….
Classe :…….... **Année : 20**…./**20**….
Classe :…….... **Année : 20**…./**20**….

INFIRMERIE ☎ 01 39 54 61 22 et infirmerie@sjh.fr

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (PAI)

PROTOCOLE GENERAL POUR L'ADMINISTRATION D'UN TRAITEMENT

A déposer à l'infirmerie avec le double de l'ordonnance et le traitement

TRAITEMENT SUR LE TEMPS SCOLAIRE	POSOLOGIE ET HORAIRES
……. ……. …… ……..	……. …… ……. …….
…… ……. ……..	…….. …….. …….
Date et signature du médecin spécialiste :	Cachet du médecin :

Date et signature du médecin scolaire	Signature des parents	Signature du chef d'établissement

Groupe scolaire Saint Jean Hulst
RP 833 - 26, rue du Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny - 78008 - VERSAILLES CEDEX
Tél. : +33 (0) 1 39 54 11 26 – Internet : www.saint-jean-hulst.com