

**Mission de promotion de la santé  
en faveur des élèves**

☎ 05.59.55 40 09  
cmsbayonne2@gmail.com

**PROTOCOLE SIMPLIFIE**

***A DESTINATION D'UN PERSONNEL NON MEDICAL***

Ce document est à renseigner par le médecin traitant. Il est accompagné d'une lettre des parents autorisant l'établissement à appliquer la prescription du médecin traitant.

**ELEVE CONCERNE(E) :**

Nom et prénom :  
Date de naissance :  
Etablissement fréquenté :

**REPRESENTANT LEGAL**

Madame, Monsieur :  
Adresse :

Classe :

☎ parents  
☎ professionnel .....

***TRAITEMENT DE FOND  
prescrit par le médecin***

- Produit utilisé
- Posologie et rythme des prises

.....  
.....  
.....

***SIGNES D'APPEL – SYMPTOMES VISIBLES***

Agents provocateurs :

Toux sèche ou incessante, respiration sifflante, difficultés pour parler, anxiété, creusement de la base du cou chez le jeune enfant.

Autres (à renseigner par le médecin traitant) :.....  
.....

**EN CAS DE CRISE, PRESCRIPTION DU MEDECIN QUI SUIT L'ENFANT**

***Fournir l'ordonnance du Médecin prescripteur***

- Produit utilisé, posologie et rythme des prises :

.....  
.....  
.....

*Si persistance des signes ou aggravation, appels aux parents et au SAMU ( ☎ fixe 15 ou ☎ portable 112 )*

***ADAPTATION AU SPORT***

- Dispense partielle (*fournir le certificat médical d'inaptitude*) .....
- Traitement avant l'effort : .....
- Aménagements spécifiques (poussières, brouillards, fumées, grand froid....) : .....

***En cas d'alerte à la pollution atmosphérique, ne pas faire courir l'enfant. S'assurer qu'il a accès à son produit***

Date : .....

<i>Le médecin traitant</i>	<i>Les parents</i>	<i>Le directeur ou Le chef d'établissement</i>	<i>La Mairie</i>	<i>Médecin éducation nationale</i>
----------------------------	--------------------	--	------------------	--