

Année scolaire :



Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
de la Corrèze

REGISTRE DE SOINS

ECOLE :

Date	Heure	Nom et prénom	Classe	Symptômes	Soins réalisés	Appel parents	Orientation (retour famille, hospitalisation)	Déclaration d'accident O/N	SIGNATURE Nom *

* A renseigner par la personne qui aura pris en charge l'élève.