Année scolaire :

REGISTRE DE SOINS

ECOLE :

Nom de la directrice ou du directeur :

Date	Heure	Nom et prénom	Classe	Symptômes	Soins réalisés	Appel parents O/N	Orientation (retour famille, hospitalisation après appel du 15)	Déclaration d'accident O/N	Nom * Signature

* à renseigner par la personne ayant pris en charge l'élève.