

**Accueil d'un élève  
avec intervention, au sein de l'école,  
d'un professionnel de santé libéral**

Établissement ..... classe : .....

**NOM :** ..... **Prénom** .....

**Date de naissance :** .....

Nom et adresse des parents ou du représentant légal : .....  
.....  
.....

**Personnes joignables :**

1. N° de téléphone du domicile : .....
2. N° de téléphone de la mère : .....
3. N° de téléphone du père : .....
4. N° du travail de la mère : ..... poste .....
5. N° du travail du père : ..... poste .....
6. Nom et numéro de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :  
.....  
.....

Je soussigné(e) : .....  
représentant(e) légal(e) de l'élève : .....  
demande que mon enfant bénéficie à l'école de l'intervention de :  
.....

En qualité de : .....

Objet de l'intervention : .....

Cette intervention aura lieu **du** ...../...../.... **au** ...../...../...../

Lieu d'intervention : .....

Jours et horaires des interventions : .....  
.....

**L'ordonnance du médecin prescripteur est obligatoire (la joindre au document)**

le ...../...../.....

*signature des parents*

*cachet et signature  
du professionnel de santé*

*Le directeur de l'école  
ou son représentant*