**Signataires**

**Établissement scolaire et hors de l’établissement scolaire**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Référents | Nom | Courriel | Signature et date | Exemplaire reçu le : |
| Chef d’établissementDirecteur d’écoleDirecteur d’établissement |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Enseignant de la classe Professeur principal Encadrant de la structure |  |  |  |  |
| Médecin éducation nationale ou PMI ou collectivité d’accueil |  |  |  |  |
| Infirmier éducation nationale ou PMI ou collectivité d’accueil |  |  |  |  |

**Partenaires**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Référents | Nom | Courriel | Signature et date | Exemplaire reçu le : |
| Médecins traitants, services hospitaliers |  |  |  |  |
| Représentant du service de restauration |  |  |  |  |
| Responsable des autres temps périscolaires |  |  |  |  |
| Autres |  |  |  |  |

**Toutes les informations nécessaires à la prise en charge de l’élève seront jointes au présent document.**