



Saisine du réseau coordonné de professionnels de santé

année scolaire : _____

Nom : Prénom :

Date de naissance :

école : ville :

classe :

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :

Mère : domicile portable travail

Père : domicile portable travail

Motif de la demande

.....
.....

Des aménagements ont-ils déjà été mis en place ? oui non

si oui, merci de préciser lesquels :

.....
.....

Une équipe éducative est-elle prévue ? oui non

si oui, indiquer la date :/...../..... àh.....

ATTENTION : pour s'assurer de la présence du médecin ou de l'infirmier il est nécessaire de contacter le réseau coordonné de santé à l'avance

Le RASED intervient-il auprès de l'enfant ? oui non

si oui, merci de préciser :

L'enfant a-t-il des prises en charge extérieures ? oui non

si oui, merci de préciser :

.....

A le

signature du directeur