

## 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 : ...../...../..... à .....h.....

**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*