**DEMANDE D’INTERVENTION**

**DU MEDECIN SCOLAIRE**

HORS SITUATION D’URGENCE OU INFORMATION PREOCCUPANTE

à adresser par courrier ou mail au CMS

**Date de la demande : Ecole :**

**Nom et fonction du demandeur : Contact :**

* **Elève concerné :**
* Nom et prénom : Nouveau dans l’école : oui non 
* Date de naissance : Si oui, provenance :
* Classe :
* **Coordonnées de la famille :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Représentant légal 1 | Représentant légal 2 |
| Nom-Prénom |  |  |
| Adresse |  |  |
| Téléphone |  |  |

**Mail de la famille :**

* **Motif de la demande (utiliser le verso si besoin) : merci d’être le plus précis possible :**
* **Quel type d’intervention y a-t-il déjà eu dans l’école (RASED, psychologue scolaire, infirmier, rencontre avec la famille, équipe éducative…) :**
* **A votre connaissance y a-t-il un suivi extérieur ? (Orthophoniste, psychologue, éducateur…)**

**PS : LES PARENTS DOIVENT ETRE INFORMES DE LA DEMARCHE**

**Famille prévenue : oui  non  , pour quelle raison ? ………………………..**

|  |
| --- |
| **Retour du service médico-scolaire :** |