

MALADIE TRANSMISSIBLE

RECUEIL DES CAS

SECRETARIAT

Date du signalement :

Horaire :

Message reçu par (médecin, secrétaire) :

Origine de la demande (Nom, Fonction, Téléphone):
:

IDENTITE DE L'ETABLISSEMENT SCOLAIRE

Ecole

Collège

Lycée

Circonscription ou Bassin :

Nom :

Adresse électronique : ce.059 @ac-lille.fr

Téléphone :

IDENTITE DE L'ELEVE MALADE

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Classe :

Nom du médecin traitant :

Coordonnées des parents

Partie complétée au niveau DSDEN :

Date de la prise en charge :

Nom du mEN :

Confirmation du **diagnostic de** :

Nombre de cas :

Suites données :

Observations :

Date d'envoi dans le service :

Ce document n'est pas à envoyer à l'ARS