

Ecole primaire



REGISTRE DES SOINS

Année scolaire 20... - 20...

Date Heure	Lieu	Nom et prénom du blessé	Nature de la blessure	Soins effectués (si possible nom des produits utilisés)	Liaison		Orientation du blessé			Nom et signature de la personne qui a soigné l'enfant
					Fam.	15	Reprise activité	Famille	Hôpital	
..../..../.... .. h ..	<input type="checkbox"/> cour <input type="checkbox"/> classe <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> tél <input type="checkbox"/> mot					
..../..../.... .. h ..	<input type="checkbox"/> cour <input type="checkbox"/> classe <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> tél <input type="checkbox"/> mot					
..../..../.... .. h ..	<input type="checkbox"/> cour <input type="checkbox"/> classe <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> tél <input type="checkbox"/> mot					
..../..../.... .. h ..	<input type="checkbox"/> cour <input type="checkbox"/> classe <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> tél <input type="checkbox"/> mot					
..../..../.... .. h ..	<input type="checkbox"/> cour <input type="checkbox"/> classe <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> tél <input type="checkbox"/> mot					
..../..../.... .. h ..	<input type="checkbox"/> cour <input type="checkbox"/> classe <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> tél <input type="checkbox"/> mot					
..../..../.... .. h ..	<input type="checkbox"/> cour <input type="checkbox"/> classe <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> tél <input type="checkbox"/> mot					
..../..../.... .. h ..	<input type="checkbox"/> cour <input type="checkbox"/> classe <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> tél <input type="checkbox"/> mot					
..../..../.... .. h ..	<input type="checkbox"/> cour <input type="checkbox"/> classe <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> tél <input type="checkbox"/> mot					
..../..../.... .. h ..	<input type="checkbox"/> cour <input type="checkbox"/> classe <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> tél <input type="checkbox"/> mot					

