

CERTIFICAT MÉDICAL POUR RÉGIME ALIMENTAIRE POUR DIABÈTE

ANNÉE SCOLAIRE 20 / 20

Ce certificat doit être **rempli par le médecin qui suit l'enfant** (qui s'engage conformément à la circulaire du 10/02/2021 publiée au Bulletin officiel du Ministère de l'Éducation Nationale n° 9 du 4/03/2021, à prescrire les médicaments de la trousse d'urgence)

NOM PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE / /

RESTAURANT SCOLAIRE

PRÉCISER LA QUANTITÉ DE GLUCIDES POUR LE REPAS DE MIDI :

.....

Je m'engage à transmettre au médecin scolaire ce certificat médical accompagné de la prescription des médicaments de la trousse d'urgence en vue de la signature du PAI.

Date et Signature

TAMPON DU MÉDECIN



VILLE DE
MARSEILLE