



.....le,.....

DECLARATION D'UNE TENTATIVE DE SUICIDE OU D'UN SUICIDE EN MILIEU SCOLAIRE

DRS		
Circonscription		
Etablissement		
Equipe de santé scolaire	Nom Médecin	
	Nom Infirmier	
Date de :	La tentative de suicide	
	L'information de l'équipe de santé scolaire	
Identifiant de l'élève	Nom	
	Sexe	
	Age	
Scolarité	Année étude	
	Résultat dernier trimestre	
	Redoublant année en cours	
	Redoublements antérieurs	
Père	Vivant / décédé	
	Profession	
	Niveau d'étude	
Mère	Vivante / décédée	
	Profession	
	Niveau d'étude	
Parents	Mariés	
	Divorcés	
	Séparés	
Fratrie	Nombre	
	Position / fratrie	
	Scolarité	
Lieu de vie	Chez les parents	
	Les grands parents	
	Autre à préciser	
Informations particulières dans	Fiche médicale	
	Fiche de renseignements	
ATCD médico-chirurgicaux (notamment tentative de suicide et/ou troubles psychologiques)	Personnels	
	Familiaux	
Evènements de vie importants		
Relation avec :	Famille	
	Amis	
	Administration	
	Enseignants	
	Elèves	
Tentative de suicide	Motifs invoqués ou déclarés	
	Moyens utilisés	
	Lieu	
Prise en charge immédiate	Soins urgents	
	Hospitalisation	
	Autres	
	Evolution	
Prise en charge ultérieure	Médecin scolaire	
	Psychologue	