



MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE



Promotion de la Santé en faveur des Elèves Service Infirmier

(Coordonnées de l'établissement De résidence administrative de l'infirmière)

Le (date).....,

Madame, Monsieur,

Dans le cadre des bilans de santé scolaires, un dépistage des enfants en surpoids est réalisé lors des examens infirmiers.

L'enfant (nom, prénom).....né(e) le scolarisé à l'école/établissement scolaire :..... pèse kg mesure.....m.....soit un IMC (indice de masse corporelle) à

Son IMC reporté sur la courbe de corpulence (jointe à ce courrier/du carnet de santé) a attiré notre attention. En effet, cet enfant présente un excès de poids.

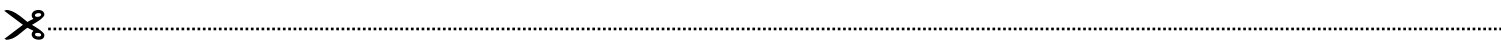
Nous vous conseillons d'aller consulter votre médecin traitant avec votre enfant afin qu'il puisse expliquer la courbe et l'intérêt de chercher à stabiliser la corpulence de votre enfant sur la base des recommandations du « guide nutrition pour tous les parents des enfants et ados » du programme national nutrition santé (www.mangerbouger.fr).

Par ailleurs, nous avons mis en place un partenariat avec le RéPPOP Aquitaine, Réseau de prévention et de prise en charge des enfants en surpoids ou obèse dont vous trouverez ci-joint la plaquette de présentation. Ainsi, vous pouvez, si vous le souhaitez, prendre contact ou demander à votre médecin de prendre contact avec le RéPPOP par téléphone (05.56.96.00.82), par mail (repop.aquitaine@wanadoo.fr) ou en nous le signalant à l'aide du coupon ci-dessous.

Nous vous remercions de bien vouloir nous tenir au courant de la prise en charge et du suivi proposé par votre médecin traitant en lui demandant de nous retourner le coupon réponse ci-dessous par courrier ou par télécopie (N°

L'infirmier(e) de l'éducation nationale M/Mme

1 Seuils de la définition internationale établi par l'International Obesity Task Force (IOTF) - Cole et coll. BMJ 2000;320:1240-3 2 références françaises www.sante.gouv.fr thème nutrition « PNNS »



Réponse du médecin traitant à renvoyer par courrier ou télécopie (n°.....)

Tampon du médecin

Le (date).....,

Madame, Monsieur,,

J'ai vu l'enfant (nom, prénom).....

scolarisé (école/établissement scolaire)

Il (ou elle) pèse ce jour kg..... , et mesurem....., soit un IMC à

Voici les modalités de la prise en charge proposée :

.....

Je souhaite être contacté par le réseau RéPOP OUI NON