



Autorisation d'aide à la prise d'un traitement médical en milieu scolaire

<p>NOM et prénom de l'élève :</p> <p>Date de naissance :</p> <p>ETABLISSEMENT SCOLAIRE :</p> <p>Classe :</p> <p>Chef d'établissement</p> <p>Enseignant(e) :</p>
--

Je soussigné(e) Mme, Mr (NOM, prénom d'un représentant de l'autorité parentale)

.....
.....
.....

responsable légal de l'enfant ci-dessus désigné,

* autorise l'infirmier(ère) ou en son absence un personnel de l'établissement à aider mon enfant à prendre le traitement médical décrit précisément sur l'ordonnance ci-jointe (à agraffer à la demande), selon les termes de la prescription (par voie orale ou inhalée). Le traitement est alors remis à l'infirmier(-ère) avec l'ordonnance.

* certifie que mon enfant doit prendre des médicaments dont la nature et la fréquence d'utilisation sont gérées par lui-même.

Fait à
le

Signature du responsable légal

*Cocher la case correspondante.