

APPLICATION D'UN TRAITEMENT MEDICAL EN MILIEU SCOLAIRE

NOM et prénom de l'élève :

Date de naissance : / /

ETABLISSEMENT SCOLAIRE :

Classe :

Directeur (rice) :

Enseignant(e) :

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

.....
.....

responsable légal de l'enfant ci-dessus désigné,

☐* autorise les enseignants à appliquer à mon enfant 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).

☐* certifie que mon enfant doit prendre des médicaments dont la nature et la
fréquence d'utilisation sont gérées par lui-même.
Dans ce cas, le médicament est remis par les parents au directeur d'école
- circ. 92-194 du 29/06/1992-.

Fait à le

Signature du responsable légal

*Cocher la case correspondante.