

**PRISE DE MEDICAMENTS SUR LE TEMPS SCOLAIRE**

Année scolaire :

Date :

ETABLISSEMENT SCOLAIRE :

Téléphone :

ELEVE : Nom :

Prénom :

Né(e) le :

Classe :

PARENTS-Nom :

Adresse :

Téléphone :

Je soussigné (e) .....responsable légal de l'enfant ci-dessus désigné.....

Demande :

A l'enseignant :

Au directeur d'école :

A l'équipe d'encadrement du restaurant scolaire :

A l'infirmier(ère) :

A la vie scolaire :

De bien vouloir donner le traitement médical en application de l'ordonnance ci-jointe signée par le Docteur ..... (à joindre au dossier) par voie orale ou inhalée :

- Médicament :.....  
.....

- Lieu où se trouve le médicament dans l'école :.....

Demande que mon enfant puisse prendre des médicaments dont la nature et la fréquence d'utilisation sont gérées par lui-même

(l'autonomie de l'élève est à préciser sur l'ordonnance à joindre).

(cocher la case correspondante)

Fait à ....., le .....

**SIGNATURES** des personnes concernées :