



**DEMANDE D'APPLICATION D'UN TRAITEMENT MEDICAL PAR UN
PERSONNEL NON MEDICAL OU AUTOMEDICATION EN MILIEU SCOLAIRE
2020/2021**

Document à remettre à l'infirmière

Je, soussigné(e), Parent ou tuteur légal de l'enfant

Né(e) le En classe de,

Tel parents :,

Adresse mail :,

Demande et autorise mon enfant à prendre le traitement médical **décrit précisément sur l'ordonnance ci-jointe** (à joindre au dossier, accompagnée de tous les médicaments prescrits), (par voie orale ou inhalée).

Demande et autorise le personnel de l'équipe éducative à donner à mon enfant le traitement médical **décrit précisément sur l'ordonnance ci-jointe** (à joindre au dossier, accompagnée de tous les médicaments prescrits) (par voie orale ou inhalée).

NOM de l'adulte référent :

TRAITEMENT à prendre pendant le temps scolaire – Prescrit par le médecin

- Produit utilisé :

- Posologie et rythme des prises :

Durée du traitement :

- **Prescription, ci-jointe**, du Dr en date du

- Les médicaments sont conservés :
 Dans (pièce, lieu de stockage et emballage) :
 Préciser la Température : T°=

Le m'engage à faire connaître immédiatement toute modification du traitement

Fait à, le

Signature des parents ou du responsable légal :