



**académie
Montpellier**
direction des services
départementaux
de l'éducation nationale
Hérault
éducation
nationale

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 :