



**ACADÉMIE  
DE MONTPELLIER**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**PRISE TEMPORAIRE DE MEDICAMENTS SUR LE TEMPS SCOLAIRE  
ET A L'INTERNAT**

**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 : (indiquer le nom de la personne)**

**A l'enseignant :**

**Au directeur d'école :**

**A l'équipe d'encadrement du restaurant scolaire :**

**A l'équipe d'encadrement de l'internat :**

**A la vie scolaire (y compris surveillant d'internat) :**

**A l'infirmier(ère) :**

*(Cocher la case correspondante)*

**De bien vouloir donner le traitement médical en application de l'ordonnance ci-jointe signée par le Docteur .....par voie orale ou inhalée :**

**- Médicament : .....**

**.....**

**- Lieu où est stocké le traitement dans l'école : .....**

**Demande que mon enfant puisse prendre des médicaments dont la nature et la fréquence d'utilisation sont gérées par lui-même, uniquement pour le traitement de l'asthme par aérosol (l'autonomie de l'élève est à préciser sur l'ordonnance à joindre).**

**Fait à ....., le .....**

**Signature du responsable légal :**