



**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 Docteurpar 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 :