

**DEMANDE D'APPLICATION D'UN TRAITEMENT MEDICAL  
OU D'AUTO MEDICATION EN MILIEU SCOLAIRE**

**(En l'absence de protocole d'urgence)**

... il en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période

Cirulaire n° 2003-135 du 08.09.2003

ELEVE CONCERNÉ	ANNEE SCOLAIRE
Nom-Prénom : ..... Date de naissance : ..... Adresse du lieu de vie de l'élève : ..... Etablissement scolaire ..... classe : ..... Nom du directeur ou du chef d'établissement ..... Nom de l'enseignant ou du professeur principal : .....	

COORDONNÉES DES RESPONSABLES LÉGAUX		
NOM-PRÉNOM	ADRESSE	TELEPHONE
<input type="checkbox"/> Parent :		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> port : <input type="checkbox"/> travail :
<input type="checkbox"/> Parent :		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> port : <input type="checkbox"/> travail
<input type="checkbox"/> autre responsable légal :		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> port : <input type="checkbox"/> travail
MÉDECIN TRAITANT : .....		<input type="checkbox"/>
SAMU 15 / 112		

Je soussigné (e) \_\_\_\_\_, responsable légal de l'enfant ci-dessus désigné,

sollicite de l'équipe pédagogique l'application des prescriptions de l'ordonnance jointe et actualisée le :

atteste que mon enfant doit prendre des médicaments dont la nature et la fréquence d'utilisation sont gérées par lui-même. (Ordonnance détaillée jointe)

Fait à ..... le.....

Signature du responsable légal :

SIGNATURE POUR ACCORD	DATE	NOM-SIGNATURE
Directeur d'école ou chef d'établissement (nom et signature obligatoire)		