

Coordonnées de l'établissement

DELIVRANCE OU PRISE DE MÉDICAMENT(S) A L'ÉCOLE (Hors Protocole d'Accueil Individualisé)

Autorisation des parents ou du représentant légal :

Je soussigné(e), Monsieur et/ou Madame

.....

Représentant légal de

l'enfant..... classe.....

autorise(nt) les personnels de l'établissement scolaire désignés ci-dessous, à l'aider à prendre les médicaments prescrits selon l'ordonnance médicale ci-jointe, conformément à la réglementation en vigueur.

Pièces à fournir :

Traitement médical (protocole d'administration)

Remis le :

Ordonnance médicale (datant de moins de 3 mois)

Remise le :

La présente autorisation écrite des parents signée.

Personnels concernés par la présente autorisation :

L'enseignant(e) de l'élève :

Tous les personnels pouvant intervenir ou être à proximité de l'élève (remplaçants, complément de service, personnels de service).

J'ai noté que :

- La trousse contenant le traitement est remise à la directrice ou au directeur et doit être fermée avec le nom, le prénom, la classe, les dates, la durée de la prescription et une copie de l'ordonnance du médecin.

- Cette trousse sera rangée, hors de portée des enfants.

La vérification de la date de péremption des médicaments est à la charge des parents.

Cette autorisation n'est valable que pour ce traitement et pour sa durée.

Date et signature :

Père, Mère, Représentant légal.