

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

Établissement	Nom du Directeur d'école
NOM et Prénom de l'élève :	Classe

NOM du Médecin traitant,

DEMANDE D'APPLICATION D'UN TRAITEMENT MÉDICAL OU D'AUTO MÉDICATION EN MILIEU SCOLAIRE

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

* autorise les enseignants à appliquer à mon enfant le traitement médical décrit précisément sur l'ordonnance ci-jointe (à joindre au dossier), par voie orale ou inhalée.

* certifie que mon enfant doit prendre des médicaments dont la nature et la fréquence d'utilisation sont gérées par lui-même.

* cocher la case correspondante

Fait à _____, le _____
Signature du responsable légal,

à _____, le _____
Avis Favorable,

à _____, le _____
Avis favorable,

Le Directeur d'école,
(cachet)

Le médecin scolaire,
(cachet)