



Région académique
NOUVELLE-AQUITAINE

AUTORISATION D'ADMINISTRER UN TRAITEMENT EN CAS DE MALADIE CHRONIQUE

Monsieur

Madame.....

Adresse

.....

N° tel :

Parents de l'enfant :

.....

Scolarisé à l'école :..... commune

Classe :

Nom de l'enseignant :

Je soussigné(e),
représentant légal de l'enfant.....

autorise que le traitement prescrit sur l'ordonnance du Drdélivrée
le, soit administré à mon enfant sur le temps scolaire et pendant les
activités périscolaires

Fait à, le

Signature des parents :

*l'ordonnance doit être **valide** (datant de trois mois) et comporter de façon lisible

- le nom du médicament
- sa posologie (les doses exactes)
- son mode d'administration

Le médicament prescrit doit être remis à l'école marqué au nom de l'enfant.
Les parents devront être attentifs à la date de péremption du médicament confié à l'école.
L'école rendra le traitement ainsi que l'ordonnance à la famille en fin d'année scolaire.