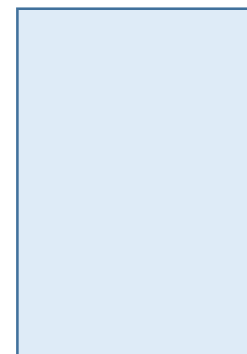


DEMANDE ECRITE D'APPLICATION D'UN TRAITEMENT MEDICAL LORS DES SORTIES SCOLAIRES AVEC NUITEES OU VOYAGES SCOLAIRES.

1 – Renseignements administratifs

Etablissement :
Nom et Prénom de l'élève:
Date de naissance :
Adresse :



Responsables légaux ou élève majeur

Lien de parenté	Nom et prénom	☎ Domicile	☎ Travail	☎ Portable	Signature

Je demande que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant lors du voyage scolaire, de la sortie scolaire.

Les responsables légaux s'engagent à fournir le matériel et les médicaments prévus

La famille est chargée de transmettre cette demande à l'établissement scolaire. Les différents professionnels concernés signeront ce document après lecture et approbation.

Référénts	Nom	Adresse administrative / Téléphone	Signature et Date
Chef d'établissement Directeur d'école Directeur d'établissement			
Enseignant de la classe Professeur principal Encadrant de la structure			

Mesures pratiques



Médecin traitant et/ou spécialiste:

NOM, Prénom :

Lieu d'exercice :

Spécialité :

Téléphone :

Mail :



Les médicaments, l'ordonnance,
et un double de ce document seront placés
dans une/des **trousse(s)**
étiquetée(s) au nom de l'élève
fournie(s) par les responsables légaux

Demande écrite des parents

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, inhalée ou cutanée.

Fait à, le

Signature du responsable légal,