Année scolaire 2018 - 2019

PRISE DE TRAITEMENT SUR LE TEMPS SCOLAIRE

POUR UNE MALADIE DE LONGUE DUREE

Circ. N° 92-194 DU 29 JUIN 1992

Circ. N° 2003-135 du 08/09/2003

NOM élève :	**PRÉNOM :**
DATE DE NAISSANCE :	ÉCOLE :
NOM DE L'ENSEIGNANT :	CLASSE :

Partie à remplir par le médecin traitant de l'enfant

2 - SIGNES D'APPEL HABITUELS MOTIVANT LA PRISE DU TRAITEMENT

-
-
-
-

3 - CONDUITE à TENIR en CAS DE CRISE (médicaments à administrer, posologies exactes, chambre d'inhalation, renouvellement de la prise si nécessaire…)

-
-
-
-

4 - APTITUDE à L'EPS ET TRAITEMENT ÉVENTUEL avant et/ou après LE SPORT

-
-

LIEU DE STOCKAGE DES MEDICAMENTS :

Les médicaments doivent être emportés lors des déplacements scolaires

DEVANT TOUT SYMPTÔME INQUIÉTANT PAR SON INTENSITÉ OU SA DURÉE OU SI ÉCHEC DU TRAITEMENT : APPELER LE 15 ET PREVENIR LES PARENTS

- A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM DES PARENTS ……

☒ Parents : Domicile : ☒ SAMU : 15

☐ Travail : Père : ☐ Portables : Père :

Mère : Mère :

DATE SIGNATURE DES PARENTS TAMPON et SIGNATURE DU MÉDECIN TRAITANT

Actualisation octobre 2009

AUTORISATION PARENTALE

Pour prise de médicaments sur le temps scolaire

pour une maladie de longue durée

Année 2018 /2019

Je soussigné(e) : .....père, mère ou tuteur légal

de l'enfant : ..... né(e) le : .....

Fréquentant l'école : ..... en classe de : .....

DEMANDE ET AUTORISE LES PERSONNELS
DE L'EDUCATION NATIONALE*
OU LES PERSONNELS DU TEMPS SCOLAIRE OU PERISCOLAIRE * :
(* Rayer la mention inutile)

1. A administrer le ou les médicament(s) nécessaire(s) à la santé de notre enfant et prescrits par le médecin traitant ou spécialiste.

- sur le temps scolaire oui · non ·
- sur le temps de 12h à 14h oui · non ·

2. Je m'engage à faire connaître :

- toute modification du traitement
- à renouveler les médicaments périmés aux dates requises

A ....., le .....

Les Parents ou tuteur légal

N.B. : Joindre une copie de l'ordonnance du traitement récente (moins d'un an)