



## Accueil d'un élève avec traitement médical ponctuel



Nom de l'établissement : ..... classe : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Nom et adresse des parents ou du représentant légal : .....

### Personnes joignables :

1. N° de téléphone du domicile .....
2. N° de téléphone portable du père .....
3. N° de téléphone portable de la mère .....
4. N° du travail du père ..... Poste : .....
5. N° du travail de la mère ..... Poste : .....
6. Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement : .....

Je soussigné : .....

représentant légal de l'élève : .....

demande que mon enfant soit accueilli à l'école avec le traitement suivant :

.....  
 .....  
 .....

**Le traitement sera administré du ...../...../..... au ...../...../.....**

Il sera donné par : .....

J'ai bien pris note que les médicaments ne peuvent être administrés que par voie orale, cutanée ou inhalée. En aucun cas, un traitement par voie rectale ou injectable ne pourra être donné à mon enfant.

**L'ordonnance du médecin prescripteur est obligatoire** (la joindre au présent document).

**Il appartient aux parents de montrer aux personnes concernées au sein de l'école, l'utilisation du médicament en question et bien préciser la durée du traitement.**

le .....

*Signature des parents*

*Le directeur de l'école  
ou son représentant*