

**PRISE DE TRAITEMENT Année 2018 – 2019**

**SUR TEMPS SCOLAIRE ET PÉRISCOLAIRE POUR MALADIE DE LONGUE DURÉE**  
Circulaire n° 2003-135 du 08/09/03

**Etablissement :** Tampon obligatoire

**NOM et prénom de l'élève :**

né(e) le :

**Classe :**

Poids de l'enfant :

Adresse de l'élève : .....

*Le cadre suivant est à renseigner par le médecin traitant*

**Signes cliniques:**

**Conduite à tenir devant ces signes :** (médicaments à administrer, posologies, renouvellement...)

**Autres précisions (sport ...):**

**Date :**

**Nom, signature et cachet du médecin prescripteur :**

**Personnes à prévenir en cas d'urgence**

**Parents**

Madame ..... Tél :

Monsieur ..... Tél :

**Autres :** .....

**AUTORISATION PARENTALE- PRISE DE MÉDICAMENTS SUR LE TEMPS SCOLAIRE ET PÉRISCOLAIRE**

Je, soussigné(e) : .....

Parent ou tuteur légal de l'enfant : .....

Né(e) le : .....

Fréquentant l'école : .....

**Demande et autorise les personnels en charge du temps scolaire ou périscolaire à administrer à mon enfant, le ou les médicaments suivant la prescription du docteur ..... daté du ..... agrafée et jointe à ce document.**

**Je m'engage à fournir les médicaments prescrits** par le médecin, ayant cours de validité pour l'année scolaire, et à signaler si besoin est, toute modification de traitement survenant en cours d'année.

**Date :**

**Signature des parents :**



*Si les signes persistent ou s'aggravent ou si la crise est sévère d'emblée :*

*appeler le SAMU 15 (ou 112)*

**Signatures et date de signature**

**Chef établissement**

**Médecin E.N.**

**Autres**

**Lieu(x) de rangement du (des) médicament(s) :** (dans l'établissement et éventuellement au restaurant scolaire et à la garderie)

*Un exemplaire du PAI sera remis à chaque signataire.*