

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 docteurdaté duagrafée 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.