

**PRISE DE TRAITEMENT SUR LE TEMPS SCOLAIRE
POUR UNE MALADIE DE LONGUE DUREE
Second degré**

Circ. N° 92-194 DU 29 /06/ 1992
Circ. N° 2003-135 du 08/09/2003

NOM élève : **PRÉNOM :**

DATE DE NAISSANCE : **ÉCOLE :**

NOM DE L'ENSEIGNANT : **CLASSE :**

TELEPHONE des PERSONNES A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM DES PARENTS

Parents : Domicile :

SAMU : 15

Travail : Père :

Portables : Père :

Mère :

Mère :

Partie à remplir par le médecin traitant ou le médecin spécialiste qui suit 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**

DATE

SIGNATURE DES PARENTS -

TAMPON et SIGNATURE -
Du médecin traitant/ spécialiste



AUTORISATION PARENTALE
Pour prise de médicaments sur le temps scolaire
pour une maladie de longue durée

Année 20 /20

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'ÉDUCATION NATIONALE**

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

Signature des Parents ou tuteur légal