



RÉGION ACADÉMIQUE  
OCCITANIE

MINISTÈRE  
DE L'ÉDUCATION NATIONALE  
MINISTÈRE  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,  
DE LA RECHERCHE  
ET DE L'INNOVATION



**PRISE TEMPORAIRE DE MEDICAMENTS  
SUR LE TEMPS SCOLAIRE**

Année scolaire :

Date :

ETABLISSEMENT SCOLAIRE :

Téléphone :

ELEVE : Nom :

Prénom :

Né(e) le :

Classe :

PARENTS-Nom :

Adresse :

Téléphone :

Je soussigné (e) .....responsable légal de l'enfant  
ci-dessus désigné.....

Demande et autorise : L'infirmier(ère)

L'équipe d'encadrement de l'internat

Le service de la vie scolaire (y compris surveillant d'internat)

L'enseignant

L'équipe d'encadrement du restaurant scolaire

(cocher la ou les case(s) correspondante(s) ci-dessus)

De bien vouloir donner le traitement médical en application de l'ordonnance ci-jointe signée  
par le Docteur ..... (à joindre au dossier) par voie orale ou inhalée :

- Médicament : .....  
.....

Demande que mon enfant puisse prendre des médicaments dont la nature et la fréquence  
d'utilisation sont gérées par lui-même, uniquement pour le traitement de l'asthme par aérosol.  
(L'autonomie de l'élève est à préciser sur l'ordonnance à joindre).

Fait à ....., le .....

SIGNATURES des personnes concernées :