

**PRISE DE TRAITEMENT
 SUR LE TEMPS SCOLAIRE et PERISCOLAIRE
 POUR UNE MALADIE DE LONGUE DUREE**

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

-
-



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

**TAMPON et SIGNATURE
 Du médecin traitant/ spécialiste**

PRISE DE MEDICAMENTS SUR LE TEMPS SCOLAIRE ET PERISCOLAIRE
POUR UNE MALADIE DE LONGUE DUREE -
ANNEE 20 /20
AUTORISATION PARENTALE

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'EDUCATION NATIONALE*
OU LES PERSONNELS DU TEMPS SCOLAIRE OU PERISCOLAIRE * :
(* Rayer la mention inutile)

1. A administrer le ou les médicament(s) nécessaire(s) à la sante de notre enfant, prescrits par le médecin traitant ou spécialiste.

- sur le temps scolaire oui non
- sur le temps de 12h à 14h oui non
- sur le temps périscolaire 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

PRISE EN COMPTE DANS L'ETABLISSEMENT ET EN PERISCOLAIRE

- Lieu de stockage des médicaments :

- Signature du Directeur (trice)
du Chef d'établissement

- Signature de la Mairie
Pour le temps péri scolaire

- Signature autre partenaire
Indiquer la fonction

En référence à la Circulaire de l'éducation nationale N° 2003-135 sur le Projet d'Accueil Individualisé (PAI) :

Les parents (ou à leur demande, le directeur) transmettent **une copie de ce document** au médecin de l'Education Nationale ou au médecin de PMI, qui prendra si nécessaire des renseignements complémentaires.