

DEMANDE D'AUTO ADMINISTRATION D'UN TRAITEMENT MÉDICAL EN MILIEU SCOLAIRE

Établissement : collège Les Eyquems, Mérignac

Direction assurée par Mme Pesquier, Principale

NOM de l'élève : **Prénom :**

Date de naissance : **Classe :**

Je soussigné(e).....

responsable légal de l'enfant ci-dessus désigné, demande que celui-ci soit autorisé à s'administrer les médicaments dont la nature et la fréquence sont gérées par lui-même.

Ce traitement a été prescrit le :

Par le médecin : Dr

dont vous trouverez ci-joint l'ordonnance.

Fait à, le

(signature du responsable légal)

Avis favorable du chef d'établissement
(cachet et signature)