

Centre médico-scolaire  
Rue du Collège  
24100 BERGERAC  
Téléphone : 05 53 57 27 80

**PROTOCOLE SIMPLIFIÉ  
A DESTINATION D'UN PERSONNEL NON MEDICAL**

Ce document est à renseigner par le médecin traitant. Il est accompagné  
-d'une ordonnance du médecin qui suit l'enfant  
-d'une lettre des parents autorisant le personnel de l'Education nationale à appliquer la prescription du médecin traitant  
(signer et dater l'autorisation au verso)

**ELEVE CONCERNÉ(E)**

Nom et prénom : .....  
Date de naissance .....  
Etablissement fréquenté : .....  
.....  
Classe : .....

**PARENTS**

Madame, monsieur : .....  
Adresse : .....  
.....  
☎ des parents : .....  
☎ professionnel : .....

**TRAITEMENT à prendre pendant le temps scolaire - Prescrit par le médecin**

- Produit utilisé .....  
- - Posologie et rythme des prises : .....  
.....  
.....

**SIGNES D'APPEL – SYMPTÔMES VISIBLES**

.....  
.....  
.....

**EN CAS DE CRISE, PRESCRIPTION DU MÉDECIN QUI SUIT L'ENFANT**

Fournir l'ordonnance du Médecin prescripteur

- Produit utilisé .....  
- Posologie et rythme des prises : .....  
.....  
.....

*Si persistance des signes ou aggravation, appel au SAMU (15)*

**ADAPTATION AU SPORT**

- Inaptitude partielle (fournir le certificat médical d'inaptitude) .....  
- Traitement avant l'effort : .....  
- Aménagements spécifiques : .....  
.....

Date : ..... et signatures ↗

Le directeur Le chef d'établissement	Les parents ou le représentant légal	L'élève	Le médecin de l'EN	L'Infirmière de l'EN	Le médecin qui suit l'enfant
--------------------------------------------	--------------------------------------------	---------	-----------------------	-------------------------	---------------------------------

**DEMANDE D'APPLICATION D'UN TRAITEMENT MEDICAL  
OU D'AUTOMEDICATION EN MILIEU SCOLAIRE**

Etablissement : .....  
.....  
.....

Nom du Directeur d'école  
ou du Chef d'établissement  
.....

Nom et Prénom de l'élève : .....  
.....

Classe : .....

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

- \* autorise les personnels de l'Education nationale à appliquer à mon enfant le traitement médical décrit précisément sur l'ordonnance ci-jointe (à joindre au dossier), (par voie orale ou inhalée).
- \* certifie que mon enfant doit prendre des médicaments dont la nature et la fréquence d'utilisation sont gérées par lui-même.

(\* cocher la case correspondante)

Fait à ..... le .....  
Signature du responsable légal,

à .....  
le .....

Avis favorable

Le Directeur d'école,  
Le Chef d'établissement  
(cachet)

à .....  
le .....

Avis favorable

Le médecin de l'Education nationale,  
(cachet)