

**AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE
D' UN TRAITEMENT MEDICAL EN MILIEU SCOLAIRE**

APPRENANT CONCERNE

NOM Prénom:.....
Né(e) le/...../..... Classe:.....

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

- déclare que celui-ci est **autonome** et peut gérer seul mon traitement.
- déclare que celui-ci est **autonome** et peut gérer seul son traitement.
L'infirmière ou la personne référente donnera le traitement pour la semaine.
- déclare que celui-ci est **semi autonome** et peut gérer son traitement sur la journée. L'infirmière ou la personne référente délivrera le traitement pour 24h.
- déclare que celui-ci **n'est pas autonome**, le traitement sera distribué par l'infirmière ou la personne référente selon la prescription médicale.

Traitement prescrit le..... par le Docteur.....

Date du début du traitement.....

Date de fin du traitement.....

Fait à.....
le...../...../.....

Signature du responsable légal

- ordonnance jointe
- médicaments avec boites et notices
- date de prise en charge par l'établissement.....

Signature de l'infirmière et du/des référent(e)s