











**PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ ► ADMINISTRATION OU AUTO-ADMINISTRATION
D'UN TRAITEMENT MÉDICAL**

Accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période
Circulaire n°2003-135 du 8.09.2003

ÉLÈVE CONCERNÉ		ANNÉE SCOLAIRE :
NOM – PRÉNOM :DATE DE NAISSANCE : ADRESSE DU LIEU DE VIE DE L'ÉLÈVE : ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE : NOM DU DIRECTEUR OU DU CHEF D'ÉTABLISSEMENT : NOM DE L'ENSEIGNANT OU DU PROFESSEUR PRINCIPAL :CLASSE :		
COORDONNÉES DES RESPONSABLES LÉGAUX		
NOM – PRÉNOM	ADRESSE	TELEPHONE
<input type="checkbox"/> Parent :		  PORT.  TRAVAIL
<input type="checkbox"/> Parent :		  PORT.  TRAVAIL
<input type="checkbox"/> Autre responsable légal :		  PORT.  TRAVAIL
MÉDECIN TRAITANT : 		
S A M U 15 / 112		

Je, soussigné(e) _____, responsable légal(e) de l'élève ci-dessus désigné,

- autorise les personnels de l'établissement scolaire, du périscolaire ou de la restauration scolaire à administrer à mon enfant le traitement médical prescrit sur **l'ordonnance ci-jointe**.
- certifie que mon enfant doit prendre les médicaments prescrits sur **l'ordonnance ci-jointe**. Il est autorisé à les détenir et à se les administrer.

Fait à le

Signature du responsable légal

SIGNATURE POUR ACCORD	Date	Nom - Signature
Directeur d'école ou chef d'établissement (nom et signature obligatoire)		
Responsables restauration scolaire / périscolaire		