

DEMANDE D'AUTOADMINISTRATION

D'UN TRAITEMENT MEDICAL EN MILIEU SCOLAIRE

ELEVE CONCERNE

Nom/prénom :	Classe :
Né le /..... /	

Je, soussigné(e), M

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 d'administration sont gérés par lui-même.

Ce traitement a été prescrit le par le Dr dont vous trouverez ci-joint l'ordonnance.

Fait à, le /..... /.....

Signature du responsable légal

Avis favorable

M. SZEMPRUCH
Directeur de l'EPLEFPA
De Vienne Agrotec