

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE

Inspection Académique de l'Isère

Ecole Menon
Section Internationale arabe
9 rue Hébert
38 000 Grenoble
04 76 42 70 69

Directeur : Stéphane LAFRANCESCHINA

Nom et prénom de l'élève : _____

Classe : _____

DEMANDE D'APPLICATION D'UN TRAITEMENT MEDICAL OU D'AUTO-MEDICATION EN MILIEU SCOLAIRE

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

Autorise les enseignants 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 les médicaments dont la nature et la fréquence d'utilisation sont gérées par lui-même.

Fait à _____, le _____

Signature du responsable légal

Document à remettre au directeur de l'école.