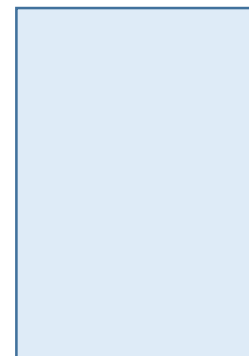


DEMANDE ECRITE D'APPLICATION D'UN TRAITEMENT MEDICAL REGULIER LORS DES SORTIES SCOLAIRES AVEC NUITES OU VOYAGES SCOLAIRES.

1 – Renseignements administratifs

Elève
Nom / Prénom :
Date de naissance :
Adresse



Responsables légaux ou élève majeur

Lien de parenté	Nom et prénom	📍 Domicile	📞 Travail	📞 Portable	Signature

Je demande que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant lors du voyage scolaire, de la sortie scolaire.

Les responsables légaux s'engagent à fournir le matériel et les médicaments prévus

La famille est chargée de transmettre cette demande à l'établissement scolaire. Les différents professionnels concernés signeront ce document après lecture et approbation. Ensuite, le chef d'établissement adressera une copie de ce document avec l'ordonnance annexe au Centre Médico-Scolaire de rattachement.

Intervenants autour de l'élève

Référénts	Nom	Adresse administrative / Téléphone	Signature et Date
Chef d'établissement Directeur d'école Directeur d'établissement	SERGENT Elsa	Ecole publique de Louzy 3, rue de la mairie 79100 LOUZY	
Enseignant de la classe Professeur principal Encadrant de la structure	SURAUULT Emilie	Ecole publique de Louzy 3, rue de la mairie 79100 LOUZY	

Mesures pratiques



Médecin traitant et/ou spécialiste:

NOM, Prénom :.....

Lieu d'exercice :.....

Spécialité :.....

Téléphone :.....

Mail :.....



Les médicaments, l'ordonnance,
et un double de ce document seront placés
dans une/des **trousse(s)**
étiquetée(s) au nom de l'élève
fournie(s) par les responsables légaux

Demande écrite des parents

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.

Fait à....., le.....

Signature du responsable légal,