

## DEMANDE D'AUTO ADMINISTRATION

### D'UN TRAITEMENT MÉDICAL EN MILIEU SCOLAIRE

**École ou établissement :** Collège Jules FERRY, 33700 Mérignac

**Direction assurée par :** Madame la Principale M. P. PEYTOUR

**NOM de l'élève :** ..... **Prénom :** .....

**Date de naissance :** ..... **Classe :** .....

Je soussigné(e) .....,  
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'utilisation sont gérées par lui-  
même.

Ce traitement est prescrit le : .....  
par le Docteur .....  
dont vous trouverez, ci-joint, l'ordonnance.

Fait à ....., le .....

(Signature des parents ou représentant légal)

Ordonnance vue / IDE

Avis favorable,

Le chef d'établissement,

Fait à ....., le .....

(cachet et signature)

Document élaboré par le service médical des élèves – DSDEN de la Gironde

Imprimé 12 A2 – mai-14