

Annexe 1

ETABLISSEMENT PUBLIC LOCAL D'ENSEIGNEMENT PROFESSIONNEL AGRICOLE

**AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE
D'UN TRAITEMENT MEDICAL EN MILIEU SCOLAIRE ELEVE**

CONCERNE

Prénom NOM :
Né(e) le : Classe :

Je, soussigné(e), M ou Mme, responsable légal de
l'enfant ci-dessus désigné :

- Déclare que celui-ci est **autonome** et peut gérer seul son traitement. L'infirmier(ère) ou la
personne référente donnera le traitement pour la semaine.
- Déclare que celui-ci est **semi autonome** et peut gérer son traitement sur la journée.
L'infirmier(ère) ou la personne référente délivrera le traitement pour 24h.
- Déclare que celui-ci **n'est pas autonome**, le traitement sera distribué par
l'infirmier(ère) ou la personne référente selon la prescription médicale.

Traitement prescrit le : par le Docteur :

Date du début du traitement :

Date de fin du traitement :

Fait à Signature du responsable légal :

Le :

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

- Ordonnance jointe
 Médicaments avec boites et notices
 Date de prise en charge par l'établissement

Signature de l'infirmier(ère) et du (des) référent(s) du personnel de direction d'astreinte