

**DELIVRANCE OU PRISE DE  
MÉDICAMENT(S)  
AU COLLEGE OU AU LYCÉE  
(Hors Protocole d'Accueil Individualisé)  
Année scolaire 20\_\_ / 20\_\_**

**Information importante :**

En cas de **pathologie** entraînant **une prise en charge médicale importante et/ou complexe** sur le temps scolaire → Préférer le P.A.I (Projet d'accueil Individualisé)

**ETABLISSEMENT SCOLAIRE :** .....

L'élève : ..... Classe .....

**Pièces à fournir :**

- |   |                   |
|---|-------------------|
| <input type="radio"/> Traitement médical (protocole d'administration) | Remis le : .....  |
| <input type="radio"/> Ordonnance médicale (datant de moins de 3 mois) | Remise le : ..... |
| <input type="radio"/> Autorisation écrite des parents                 | Signée le : ..... |

**Modalités :**

- Traitement médical déposé à l'infirmerie
- Traitement médical déposé à la Vie Scolaire
- Traitement médical en possession de l'élève, **si nécessité absolue**  
(L'élève a uniquement la quantité nécessaire sur lui)
- Autre (à préciser) .....

La trousse contenant le traitement doit être fermée avec le nom, le prénom, la classe, l'année scolaire et la photo de l'élève.

***La vérification et la date de péremption des médicaments est à la charge des parents***

**Relais de l'information :**

- Le Chef d'Établissement
- Le Professeur Principal
- La Vie Scolaire
- Le Professeur d'E.P.S
- Autre (à préciser) .....

**Autorisation des parents :**

Je soussigné(e), Monsieur et/ou Madame .....  
Représentant légal de l'enfant ..... autorise(nt) les personnels de  
l'établissement scolaire à donner les médicaments prescrits selon l'ordonnance médicale ci-jointe.

Date et signature :

Père :

Mère :

Autre :