

Demande d'accompagnement à la prise de traitement médicamenteux

Nom de l'établissement : classe :

Nom : **Prénom** :

Date de naissance :

Nom des parents ou du représentant légal :

Téléphone des parents ou du représentant légal :

Je soussigné : représentant légal de l'élève :

.....
demande que le traitement prescrit sur l'ordonnance ci jointe et fourni par mes soins, soit administré à mon enfant.

L'accompagnement de cette prise de traitement sera effectué par un personnel :

de la communauté éducative*

des services périscolaires de la Communauté urbaine du Grand Reims*.

Le traitement sera administré du/...../..... **au**/...../.....

L'ordonnance du médecin prescripteur est obligatoirement à joindre au présent document (elle doit être nominative, être datée, indiquer la posologie à administrer ainsi que les modalités de prise).

*cocher la case correspondante

J'ai bien pris note que :

- les médicaments ne peuvent être administrés que par voie orale ou inhalée.
- la première prise de médicaments devra être administrée obligatoirement à la maison. Aucun traitement ne devra débuter à l'école ou au service périscolaire.
- Si besoin, l'utilisation du médicament en question devra être montrée aux personnes concernées au sein de l'école et/ou des services périscolaires par les parents ou le représentant légal.

Le

Signatures :

Les parents

*Le responsable du service périscolaire
ou son représentant*

*Le directeur de l'école
ou son représentant*