



Année solaire /

**ATTESTATION PARENTALE  
PRISE DE TRAITEMENT SUR LE TEMPS SCOLAIRE  
POUR UNE MALADIE DE LONGUE DUREE**

Je soussigné(e) :

Père, mère ou tuteur légal de l'enfant (Nom et Prénom) :

né(e) le :

scolarisé à Saint Louis en classe de : pour l'année scolaire 2023/2024.

1. remets ce jour une ordonnance récente rédigée par notre médecin (généraliste ou spécialiste), datée de moins de 3 mois, signée et lisible, mentionnant le/les médicament(s) prescrit(s) pour traiter la maladie de longue durée de mon enfant.
2. autorise les membres du personnel habilités par le chef d'établissement - c'est-à-dire l'Infirmière, le Responsable Vie Scolaire, la Coordinatrice Vie Scolaire- à administrer le(les) médicament(s) prescrits par le médecin traitant ou spécialiste, en cas de besoin.
3. m'engage à :
  - faire connaître toute modification du traitement.
  - renouveler les médicaments périmés aux dates requises.
4. précise que les médicaments doivent être emportés lors des déplacements scolaires :

Oui

Non

Je note conformément aux règles de sécurité qui s'imposent sur le plan collectif, que le lieu de stockage des médicaments est l'infirmerie. Si la situation de santé de mon enfant l'impose, le lieu de stockage est la salle Vie Scolaire, en toute proximité de mon enfant.

Pour rappel, il est strictement interdit à un élève d'avoir en sa possession un médicament qui pourrait être, le cas échéant, accessible à toute autre personne. Cette règle s'applique pour des raisons de santé et de sécurité collectives.

Date : \_\_\_\_\_ :

Nom et Prénom des représentants légaux cela vaut signature

**NB1 : Ce formulaire ne peut pas s'appliquer à la prise occasionnelle de médicaments après une maladie aiguë.**

**NB2 : Contact en cas de besoin : [infirmerie@stlouis49.org](mailto:infirmerie@stlouis49.org)**