

**PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ ADMINISTRATION OU AUTO-ADMINISTRATION  
D'UN TRAITEMENT MÉDICAL**

Accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période  
Cirulaire n° 2003-135 du 8.09.2003

<b>ÉLÈVE CONCERNÉ</b>		<b>ANNÉE SCOLAIRE :</b>	
NOM – PRÉNOM : .....		DATE DE NAISSANCE : .....	
ADRESSE DU LIEU DE VIE DE L'ÉLÈVE : .....			
.....			
ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE : .....			
NOM DU DIRECTEUR OU DU CHEF D'ÉTABLISSEMENT : .....			
NOM DE L'ENSEIGNANT OU DU PROFESSEUR PRINCIPAL : .....			
.....CLASSE : .....			
COORDONNÉES DES RESPONSABLES LÉGAUX			
NOM – PRÉNOM		ADRESSE	TELEPHONE
<input type="checkbox"/> Parent :			☎ ☎ PORT. ☎ TRAVAIL
<input type="checkbox"/> Parent :			☎ ☎ PORT. ☎ TRAVAIL
<input type="checkbox"/> Autre responsable légal :			☎ ☎ PORT. ☎ TRAVAIL
MÉDECIN TRAITANT : ..... ☎			
<b>S A M U 15 / 112</b>			

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_, responsable légal(e) de l'élève ci-dessus désigné,

- autorise les personnels de l'établissement scolaire, du périscolaire ou de la restauration scolaire à administrer à mon enfant le traitement médical prescrit sur l'ordonnance ci-jointe.
- certifie que mon enfant doit prendre les médicaments prescrits sur l'ordonnance ci-jointe. Il est autorisé à les détenir et à se les administrer.

Fait à .....le .....

Signature du responsable légal

SIGNATURE POUR ACCORD	Date	Nom - Signature
Directeur d'école ou chef d'établissement (nom et signature obligatoire)		
Responsables restauration scolaire / périscolaire		