

**Demande d'application d'un traitement médical**  
**Ou automédication en milieu scolaire**

**Année scolaire 2018 - 2019**

**Etablissement scolaire Lycée Val de Garonne - Marmande**

Je, soussigné(e) .....

Parent ou tuteur légal de l'enfant : .....

Né(e) le : ..... En classe de.....

- Demande et autorise mon enfant à prendre  
.....
- Demande et autorise le personnel de l'équipe éducative à donner à mon enfant : nom de l'adulte  
réfèrent.....

*(Barrer la mention inutile)*

selon la **prescription, ci jointe**, du Dr..... en date du.....

◆ Les médicaments suivants :

**Je m'engage à faire connaître immédiatement toute modification du traitement**

Fait à ....., le.....

Signature des parents ou du tuteur légal :