



**Année scolaire 2020 / 2021**

**PRISE DE TRAITEMENT  
SUR LE TEMPS SCOLAIRE et PERISCOLAIRE  
POUR UNE MALADIE DE LONGUE DUREE**

Circ. N° 92-194 DU 29 /06/ 1992  
Circ. N° 2003-135 du 08/09/2003

**NOM élève :** ..... **PRÉNOM :** .....

**DATE DE NAISSANCE :** ..... **ÉCOLE :** .....

**NOM DE L'ENSEIGNANT :** ..... **CLASSE :** .....

**TELEPHONE des PERSONNES A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE**

**NOM DES PARENTS** .....

Parents : Domicile :

SAMU : 15

Travail : Père :

Portables : Père :

Mère :

Mère :

*Partie à remplir par le médecin traitant ou le médecin spécialiste qui suit l'enfant*

**2 - SIGNES D'APPEL HABITUELS MOTIVANT LA PRISE DU TRAITEMENT**

-  
-  
-  
-

**3 - CONDUITE à TENIR en CAS DE CRISE (médicaments à administrer, posologies exactes, Chambre d'inhalation, renouvellement de la prise si nécessaire...)**

-  
-  
-  
-

**4 - APTITUDE à L'EPS et TRAITEMENT ÉVENTUEL avant et/ou après LE SPORT**

-  
-



Les médicaments doivent être emportés lors des déplacements scolaires

**DEVANT TOUT SYMPTÔME INQUIÉTANT PAR SON INTENSITÉ OU SA DURÉE  
OU SI ÉCHEC DU TRAITEMENT : APPELER LE 15 ET PREVENIR LES PARENTS**

**DATE** .....

**TAMPON et SIGNATURE**  
Du médecin traitant/ spécialiste

**! Attention recto verso !**

## **PRISE DE MEDICAMENTS SUR LE TEMPS SCOLAIRE ET PERISCOLAIRE**

### **POUR UNE MALADIE DE LONGUE DUREE -**

**ANNEE 2020 / 2021**



### **AUTORISATION PARENTALE**

Je soussigné(e) : père, mère ou tuteur légal  
de l'enfant : né(e) le :  
Fréquentant l'école : en classe de :

**DEMANDE ET AUTORISE LES PERSONNELS  
DE L'EDUCATION NATIONALE\*  
OU LES PERSONNELS DU TEMPS SCOLAIRE OU PERISCOLAIRE \* :**  
(\* Rayer la mention inutile)

**1. A administrer le ou les médicament(s) nécessaire(s) à la sante de notre enfant, prescrits par le médecin traitant ou spécialiste.**

- sur le temps scolaire      oui       non
- sur le temps de 12h à 14h    oui       non
- sur le temps périscolaire    oui       non

**2. Je m'engage à faire connaître :**

- toute modification du traitement
- à renouveler les médicaments périmés aux dates requises

**A ....., le .....**

Signature des parents ou tuteur légal

### **PRISE EN COMPTE DANS L'ETABLISSEMENT ET EN PERISCOLAIRE**

**- Lieu de stockage des médicaments : .....**

- Signature du Directeur (trice)  
du Chef d'établissement

- Signature de la Mairie  
Pour le temps péri scolaire

- Signature autre partenaire  
Indiquer la fonction

**En référence à la Circulaire de l'éducation nationale N° 2003-135 sur le Projet d'Accueil Individualisé (PAI) :**

Les parents (ou à leur demande, le directeur) transmettent **une copie de ce document** au médecin de l'Education Nationale ou au médecin de PMI, qui prendra si nécessaire des renseignements complémentaires.

**Ce formulaire ne peut pas s'appliquer à la prise occasionnelle de médicaments après une maladie aiguë, situation qui n'est pas prévue par les textes réglementaires et doit être évitée.**