



MINISTRE DE  
L'ÉDUCATION NATIONALE

MINISTRE DE  
L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR  
ET DE LA RECHERCHE



## DEMANDE D'AUTO ADMINISTRATION

### D'UN TRAITEMENT MEDICAL EN MILIEU SCOLAIRE

**Ecole ou établissement :** Collège Eléonore de Provence MONSEGUR

**Direction assurée par :** M. DAUDET Jean-Pierre

**NOM de l'élève :** ..... **Prénom :** .....

**Date de naissance :** ..... **Classe :** .....

Je soussigné(e) .....,  
responsable légal de l'enfant ci-dessus désigné, demande que celui-ci soit autorisé à  
s'administrer les médicaments dont la nature et la fréquence sont gérées par lui-même.

Ce traitement est prescrit le : .....

par le Docteur .....

dont vous trouverez, ci-joint l'ordonnance.

Fait à ....., le.....  
(signature du responsable légal)

Avis favorable,  
 le (la) directeur (directrice) de l'école  
 le chef d'établissement,  
(cachet et signature)

Avis favorable,  
Le médecin de l'éducation nationale  
(cachet et signature)