



Service Enfance Jeunesse

Temps Péri-scolaire/Pause méridienne/ALSH.

Année scolaire : 20../20..

Etablissement scolaire :

Classe :

Professeur :

Madame, Monsieur.....

Adresse des parents (ou représentant légal).....

.....

Téléphone :

Parent(s) de l'enfant :

Nom : Prénom :

Date de naissance : âge :

Autorise la prise du traitement asthmatique pendant le temps péri-scolaire, Pause méridienne et ALSH hors PAI.

Traitement occasionnel du ../.../.... Au/..../....

Traitement sur toute l'année...../.....

Ordonnance NOMINATIVE de moins de 3 mois jointe, en date du

Attention

Sur l'ordonnance le médecin prescripteur devra indiquer clairement chaque fois que nécessaire **la posologie, la durée, les signes d'appel, les symptômes** qui doivent donner lieu à la prise médicamenteuse.

Fait àle.....

Signature des parents :