



INSPECTION ACADEMIQUE de la Savoie

Service de Promotion de la Santé en Faveur des Elèves

Etablissement :

Lycée Louis Armand
Rue du grand champ
73000 CHAMBERY
Tél . : 04 79 72 30 30

NOM du Chef d'Etablissement :

Luc CLOUET

NOM et prénom de l'élève :

Classe :

NOM du médecin traitant :

DEMANDE D'APPLICATION d'un TRAITEMENT MEDICAL ou d'AUTO MEDICATION EN SORTIES ET VOYAGES SCOLAIRES

Je soussigné

Responsable légal de l'enfant ci-dessus désigné,

- Autorise les enseignants à appliquer à mon enfant le traitement médical décrit précisément sur l'ordonnance ci-jointe (à joindre au dossier), par voie orale ou inhalée.
- Certifie que mon enfant peut prendre des médicaments dont la nature et la fréquence d'utilisation sont gérées par lui-même. (ordonnance jointe)

Fait à Le

Signature du Chef d'Etablissement

Signature du responsable légal