

Docteur M.CAMPISTRON

Médecin Education Nationale

PRISE PONCTUELLE DE MEDICAMENT HORS PAI
---

Nom de l'élève :

Classe :

Je soussigné....., Père, Mère, Tuteur  
certifie que mon enfant souffre de :

- migraine,
- dysménorrhée,
- autres à préciser : .....

Je demande en cas de besoin à l'école, qu'il puisse bénéficier de la prise de son  
traitement à partir de la prescription médicale du Docteur .....

Le médicament ainsi que la prescription seront gardés à l'école.

J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnes en  
charge de mon enfant dans l'établissement scolaire ;

Tel des parents :

Date :

Signature pour accord des parents :