

PROTOCOLE PRISE DE TRAITEMENTS PONCTUELS **SUR LE TEMPS SCOLAIRE**

En l'absence de l'infirmière

Année scolaire :

Établissement : Lycée professionnel Marcel Pagnol – 87000 Limoges

Infirmière : Mme TISSIER Marine (marine.tissier@ac-limoges.fr)

Madame, Monsieur :	
Téléphone :	

Représentant légal de l'enfant :

Nom :	
Prénom :	
Classe :	

Autorise les personnels de direction ou de vie scolaire à administrer le traitement prescrit à mon enfant,

selon l'ordonnance <u>ci-jointe</u> du Dr, datée du, pour une durée.....

Pour cela, le représentant l'égal s'engage à :

- fournir une copie de l'ordonnance à jour à l'infirmière par mail. Sans cela, le traitement est considéré comme terminé.*
- donner le traitement*
- transmettre à l'infirmière tous changements de prescription*

<i>Signature du chef d' établissement</i>	<i>Signature de l' infirmière</i>	<i>Signature du représentant légal</i>