Annexe A **: Demande des parents (ou du tuteur légal de l’enfant) À l’attention du Proviseur**

**…………………………………………………..**

**de l’école …………………………………..**

Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Je soussigné (e) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Parent de l’élève \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Inscrit dans la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de l’école \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Résidant à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Commune de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_

Tel. (domicile) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. (mère) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. (père) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Demandent l’administration de médicaments à l’école selon la certification de l’état de maladie et le traitement requit par le Docteur ………………………………………………. annexé ci-joint à la présente.

* Demandent la disponibilité de l’école à l’administration de médicament(s) et déclarent:
* être conscients que dans le cas où le médicament est administré par le personnel scolaire qui s’est rendu disponible à le faire, celui-ci n’a ni compétences ni fonctions sanitaires et médicales ;
* autoriser le personnel scolaire à administrer le médicament selon les indications du protocole thérapeutique prescrit par le médecin et de le décharger de la responsabilité relative à l’administration du médicament ;
* s’engager à fournir à l’école le(s) médicament(s) prescrit(s) dans le protocole thérapeutique, dans une boîte intègre à conserver à l’école et le matériel éventuellement nécessaire à son administration (coton, désinfectant, gants, etc.) ainsi qu’à prévoir le renouvellement des fournitures en temps utiles et/ou près de la date de péremption du matériel ;
* s’engager à communiquer rapidement au Proviseur d’éventuelles variations dans le protocole thérapeutique formellement prescrites par le médecin responsable du protocole ;
* Autorisent :
* s’il y a lieu, l’auto-administration de l’élève en mesure de le faire de par son âge, son expérience et qui est autonome dans la gestion de son problème de santé
* Demandent:
* La possibilité d’accéder à l’école pour administrer le médicament de la part de (spécifier s’il s’agit d’un des parents,

volontaire, etc.) -------------------------------------------------------------------

Pour chaque communication nécessaire, les numéros de téléphone à contacter sont les suivants :

* Nom: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Nom: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Traduzione realizzata con il Progetto FAMI LAB'IMPACT

[www.aziendaisola.it](http://www.aziendaisola.it) Azienda Isola

e pagina Facebook Labimpact ambito Isola Bergamasca