

Dr Frédérique LIMOUSI

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,
- Autre (préciser) .....

Je demande, en cas de besoin au collège, qu'il puisse bénéficier de la prise de son traitement à partir de la prescription du Dr .....

Le médicament ainsi que la prescription seront gardés au collège.

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

Tél. des parents : .....

Date : .....

Signature des parents pour accord :

**NB : Joindre obligatoirement la dernière prescription avec les médicaments pour l'infirmier.**