









Accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période  
Circulaire n°2003-135 du 8.09.2003

<b>ELEVE</b>	<b>ANNEE SCOLAIRE :</b>
Nom/Prénom : ..... Date de naissance : .....	
Adresse du lieu de vie de l'élève : .....	
Etablissement scolaire : <b>Lycée Les Mandailles 18 Rue du Stade 26330 CHATEAUNEUF DE GALAURE</b>	
Nom du directeur ou Chef d'Etablissement : <b>M. LACAZE Pascal</b> Classe : .....	

<b>COORDONNEES DES RESPONSABLES LEGAUX</b>		
Nom / Prénom	Adresse postale	Téléphone 
<input type="checkbox"/> Parent :		 Portable :  Travail :
<input type="checkbox"/> Parent :		 Portable :  Travail :
<input type="checkbox"/> Autre responsable légal :		 Portable :  Travail :

<b>MEDECIN TRAITANT :</b>	 :
<b>S A M U : 15 ou 112</b>	

Je soussigné(e) ....., responsable légal(e) de l'élève ci-dessus désigné,

autorise les personnels de l'établissement scolaire, du périscolaire ou de la restauration scolaire à administrer à mon enfant le traitement médical prescrit sur l'**ordonnance ci-jointe**.

certifie que mon enfant doit prendre les médicaments prescrit sur l'**ordonnance ci-jointe**. Il est autorisé à les détenir et à se les administrer.

Fait à ....., le .....

Signature de responsable légal

<b>SIGNATURE POUR ACCORD</b>	Date	Nom - Signature
Directeur de l'école ou chef d'établissement		<b>LACAZE Pascal</b>
Responsables restauration scolaire / périscolaire		