

Fiche de prise en charge des besoins médicaux spécifiques de l'élève
dans le temps et l'espace scolaire

Nom et prénom de l'élève :
surname and first name of the child :

Date de naissance :
birth date :

Classe :
Class :

.....
Nom des Parents :

Adresse :

Tél :

Signature :

.....
Nom du médecin traitant :

+ cachet + signature

.....
Administration des médicaments (nom, doses et horaires)

Medication Administration (name, doses and schedules)

.....