

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)*

.....