

Institution Sainte-Chrétienne  
 20 rue St Croix 57200  
 Sarreguemines  
 Tel : 03.87.98.05.51  
 Mail : isc.sarg@wanadoo.fr



Photo  
récente  
obligatoire

**Projet d'Accueil Individualisé**  
**Administration ou auto-administration**  
**d'un traitement médical**  
 Année 2020-2021

*Accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé sur une longue période*  
 Circulaire n°2003-135 du 08.09.2003

ELEVE CONCERNE	CLASSE :
NOM-PRÉNOM : ..... date de naissance : ..... Adresse : ..... ..... ..... ETABLISSEMENT SCOLAIRE : Institution Sainte Chrétienne La Salle Sarreguemines NOM DU CHEF D'ETABLISSEMENT : .....M.MARCHAL NOM DU RESPONSABLE DE NIVEAU/ ENSEIGNANT(E) .....	

COORDONNEES DES RESPONSABLES LEGAUX		
NOM PRENOM	ADRESSE	TELEPHONE
PERE :		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Portable :</li> <li>• domicile</li> <li>• travail :</li> </ul>
MERE :		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Portable :</li> <li>• domicile</li> <li>• travail :</li> </ul>
AUTRES RESPONSABLES LEGAUX :		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Portable :</li> <li>• domicile</li> <li>• travail :</li> </ul>
MÉDECIN TRAITANT (Nom + coordonnées) : ..... ... ..... .....		
SAMU : 15/112		

Je soussignée.....res  
responsable légal(e) de l'élève ci-dessus ( *barrer ce qui ne convient pas*)

- autorise les personnels de l'établissement scolaire à administrer à mon enfant le traitement médical prescrit sur **l'ordonnance ci-jointe**.
- certifie que mon enfant doit prendre les médicaments prescrits sur **l'ordonnance ci-jointe**. Il est autorisé à les détenir et à se les administrer.

Fait à .....,le.....  
Signature du responsable légal :