

	<p>Lycée Privé Provence Verte 125 Chemin du Prugnon - D 560 L 83470 SAINT MAXIMIN LA SAINTE BAUME Tél : 04.94.86.52.93 Email : st-maximin@cneap.fr</p>	
QUA/FOR_20210401 Version 1 Mise en application le 05/04/2021		<p>FICHE D'AUTORISATION PARENTALE POUR DELIVRANCE DE TRAITEMENT</p>

Je soussigné(e) Mr Mme

NOM _____ Prénom _____

Responsable légal de l'élève :

NOM _____ Prénom _____

Classe _____ Régime _____

Autorise l'infirmière et/ou un membre de la vie scolaire à donner un traitement à type :

- **Doliprane** : en cas de douleurs ou d'une hyperthermie (maux de tête, courbatures...) OUI NON
- **Spasfon** : en cas de maux de ventre OUI NON
- **Vogalène** : en cas de nausées, vomissements OUI NON
- **Smecta** : en cas de diarrhée OUI NON

Il est indispensable que nous sachions si votre enfant à une allergie à un de ces traitements. Pour cela, il suffit de renseigner par oui ou non sur les médicaments ci-dessous :

ALLERGIES	OUI	NON
Doliprane		
Spasfon Lyoc		
Vogalène Lyoc		
Smecta		

Fait à _____ le _____

Signature du responsable légal
OBLIGATOIRE

Tampon et signature du médecin traitant
facultatifs