

Le .....

Madame, Monsieur,

Vous nous avez signalé que votre enfant ..... était asthmatique.  
Pour une meilleure prise en charge, certains renseignements sont nécessaires.  
Ces renseignements sont à retourner, sous pli fermé, à l'Infirmière du Lycée.  
Nous vous remercions pour votre coopération.

L'Infirmière scolaire, Mme Barrier

Le Médecin scolaire, Dr Jaroz

Lycée Professionnel  
Maréchal Leclerc de Hautecloque

NOM – Prénom de votre enfant : .....

Dr JARoz  
Médecin scolaire

Classe : .....

Mme E. BARRIER  
Infirmière scolaire

1- Quelle est la fréquence des crises ?

.....

2- Quels sont les éléments déclenchant ? (froid, effort, pollen,...)

.....

3- Quel est le traitement lors des crises ?

.....

.....

4- Y a-t-il eu une hospitalisation lors d'une crise ou pour un bilan l'année dernière ?

.....

Rue du Grand Douai  
72500 Montval / Loir

Tél : 02.43.44.01.85  
Fax : 02.43.44.36.76

ce.0720013y@ac-nantes.fr

***Le Médecin de l'Éducation nationale pourra être amené à voir votre enfant.***

Si votre enfant doit avoir à disposition des médicaments pendant les horaires scolaires, il est **INDISPENSABLE** de nous faire parvenir une ordonnance (nom du médicament et mode d'administration) et le traitement qui seront conservés à l'infirmerie ou à la vie scolaire.

Dans ce cas, veuillez remplir l'autorisation suivante :

**AUTORISATION**

Je soussigné(e) M. Mme ..... père, mère, représentant légal, autorise mon enfant à prendre son traitement , m'engage à fournir une ordonnance actualisée et à faire connaître toute modification en cours d'année (médicaments, doses) à l'infirmière. Il est de ma responsabilité de fournir les médicaments , d'en vérifier la péremption et de les renouveler dès qu'ils sont périmés.

Le .....

Signature :