

PRISE DU TRAITEMENT EN AUTO-GESTION

Je soussigné(e) Docteur

Certifie avoir examiné :

Nom :

Prénom(s) :

Date de naissance :

Age :

Sexe : M F

Classe :

Demeurant à :

.....

L'enfant peut prendre son traitement habituel en auto-gestion (joindre une ordonnance du traitement comprenant la posologie et/ou la conduite à tenir en cas d'urgence).

Fait à

Le

Signature et cachet du Médecin
traitant/Specialiste

Signature des parents/responsable
légal

Signature du Proviseur