



MINISTÈRE
DE L'AGRICULTURE
ET DE L'ALIMENTATION

Liberté
Égalité
Fraternité



Lycée Gilbert Martin

Nom :

Prénom :

Date de Naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Classe :

Dossier suivi par :

Madame CHÉDEVILLE
regine.chedeville@educagri.fr

Objet :

AUTORISATION DE TRAITEMENT

EPLEFPA de l'Eure

Lycée Professionnel Agricole Gilbert-
Martin

3, Rue Pierre Corneille
27110 LE NEUBOURG

Tél. : 02 32 35 15 80

Fax : 02 32 35 89 49

lpa.le-neubourg@educagri.fr

www.educagri27.fr

Je soussigné(e) Mme, M (Nom et prénom du représentant légal)

◆

Responsable légal de l'enfant ci-dessus désigné, certifie que celui-ci doit prendre des médicaments dont la nature et la fréquence d'utilisation sont gérées par lui-même.

◆

Traitement d'une durée de :

- ◆ jours
- ◆ mois
- ◆ semaines
- ◆ l'année scolaire en cours

(rayez les mentions inutiles)

Prescrit le |_|_| |_|_| |_|_|_|_| par Dr :

dont vous trouverez ci-joint l'ordonnance.

Signature du
représentant de
l'autorité parentale