



Etablissement Public Local d'Enseignement et  
de Formation Professionnelle Agricole  
de Nîmes Rodilhan  
L.E.G.T.P.A. Marie Durand



MINISTÈRE  
DE L'AGRICULTURE  
DE L'AGROALIMENTAIRE  
ET DE LA FORÊT



Dossier suivi : Mme ROUQUETTE Myriam Infirmière  
myriam.rouquette@educagri.fr

## AUTORISATION DE TRAITEMENT (Elèves internes)

Je soussigné(e) Mme, Mr .....  
Responsable légal de l'enfant

**Nom :**

**Prénom :**

**Date de Naissance :** |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

**Classe :**

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 (rayez les mentions inutiles)

Prescrit le |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_| par le Dr..... dont vous trouverez  
ci-joint l'ordonnance.

Date : .....

Signature du représentant de  
l'autorité parentale

