

**AUTORISATION PARENTALE**

**LORS DE TRAITEMENTS PONCTUELS OU DE TRAITEMENTS ENCADRES PAR UN PAI**

**ANNEE SCOLAIRE 2023-24**

***Conformément à la circulaire du 4 mars 2021,***

***relative à l’accueil en collectivité des enfants et des adolescents, dans le cadre des aménagements dans la vie quotidienne en cas de traitement médical (I.2)***

**En cas d’absence de l’infirmière ou de sortie scolaire et/ou pédagogique :**

Je soussigné, Mr/Mme………………………………………………………………………………….., représentant légal de l’élève ……………………………………………………………………………………………...., en classe …………………………, scolarisé au LP Colard Noël de Saint-Quentin (132 av de la République à Saint-Quentin), **autorise(nt) :**

* **l’équipe éducative** (CPE ou assistants d’éducation), à lui faire parvenir son traitement préalablement préparé par l’infirmière.
* A ce que **mon enfant prenne son traitement en autonomie.**

Dans ce cadre, l’élève devra se présenter et s’adresser au personnel d’éducation pour l’obtention de son traitement.

A……………………………………………….

Le………………………………………………

Signature des représentants légaux