

**AUTORISATION PARENTALE**

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

**ANNEE SCOLAIRE 2024-25**

***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) ou **pédagogique** (dans le cadre d’une sortie scolaire), à lui faire parvenir son traitement préalablement préparé par l’infirmière.
* A ce quemon enfant prenne son traitement **en autonomie**, *c’est-à-dire* **en s’adressant lui-même** (l’élève se montre **responsable** quant à la prise de son traitement) **à un membre de l’équipe éducative afin d’obtenir son traitement** et à le prendre en leur présence.

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