FICHE d'Autorisation pour l'administration d'antidouleur – antivomitif - antispasmodique

Année scolaire 2023-2024

à faire remplir à votre médecin traitant

Je soussigné, NOM - Prénom _____

Médecin de famille du jeune NOM - Prénom _____

autorise, l'IME de Moulins à délivrer en fonction du poids de l'enfant :

- ☐ du Paracétamol en cas de fièvre ou de douleurs avérées,
- ☐ du Phloroglucinol en cas de troubles spasmodiques,
- ☐ du Métopimazine en cas de vomissements.

L'enfant a t'il un traitement de fond ? (Si oui, merci de nous transmettre l'ordonnance)

- ☐ oui
- ☐ non

L'enfant présente t'il des allergies ? (Si oui, merci de préciser l'allergie)

- ☐ oui _____
- ☐ non

L'enfant est-il apte à faire du sport ? (certificat médical à nous fournir)

- ☐ oui
- ☐ non

Cette autorisation pourra être révoquée à tout moment par mes soins et par écrit.

Fait à : _____ le _____

Signature et tampon du Médecin

ABSA - IME de Moulins
13 chemin de Moulins - 86800 SEVRES-ANXAUMONT
Tél : 05.49.56.50.11 / Fax : 05.49.56.46.83
SIRET : 781 580 246 00010 APE : 8710B