

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

Année scolaire 2025-2026

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** (merci de nous fournir une ordonnance détaillée valable 1 an) :

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

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 ? (si inaptitude, merci de fournir un certificat médical)

- oui non

Sports contre-indiqués _____

Est-ce que le jeune a besoin d'un PAI (*exemple : Asthme, allergies et régime alimentaire*) :

- oui (Remplir le document PAI)* non

Est-ce que le jeune a besoin d'un PECM (*exemple : Si besoin, épilepsie, trouble psy...*) :

- oui (Remplir le document PECM)* non

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

Fait à : _____ le _____ **Signature et tampon du Médecin**

*PECM et PAI : Formulaires joints au dossier d'inscription