

FICHE d'Autorisation pour l'administration d'antidouleur – anti vomitif – antispasmodique

Année scolaire 2026-2027

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.

Merci de nous fournir une ordonnance détaillée valable 1 an.

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