

AUTORISATION PARENTALE
en vue d'un traitement médical au collège et lycée

Je, soussigné(e) ..

Autorise mon enfant....

A prendre et à gérer seul le traitement prescrit par le médecin le

Docteur .. en présence d'un adulte de l'établissement

Ceci, en rapport avec l'affection signalée sur la fiche de renseignements médicaux.

A .., le ..

L'élève sera muni de l'ordonnance et du protocole indiquant le nom
du médicament, la posologie et la fréquence des prises.

Signature des parents :