



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE



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

Signature des parents :