

Ecole
Adresse...
Ville...

Prise de médicament sur le temps scolaire et périscolaire

Autorisation parentale

Je soussigné _____

Parent ou tuteur légal de l'enfant _____

Né(e) le _____

Fréquentant l'école _____

En classe de _____

Demande et autorise les personnels en charge du temps scolaire ou périscolaire à administrer, suivant la prescription*, le ou les médicaments à notre enfant.

Je m'engage à faire connaître immédiatement toute modification du traitement.

Fait à _____, le _____

Signature des parents ou du tuteur légal.

*Joindre impérativement à ce document un double de la prescription lisible et détaillée du médecin.