

Année scolaire 20 - 20

AUTORISATION PARENTALE

PRISE DE MÉDICAMENT SUR LE TEMPS SCOLAIRE ET PERISCOLAIRE

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 la prescription lisible et détaillée du médecin.