

Année scolaire 20 - 20

AUTORISATION PARENTALE
PRISE DE MEDICAMENT 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.