

<p style="text-align: center;">PRISE DE MEDICAMENT SUR LE TEMPS SCOLAIRE ET PERISCOLAIRE</p>

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.