

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