



AUTORISATION PARENTALE

Pour prise de médicaments sur le temps scolaire

Année 20... /20...

Je soussigné(e) : parent ou tuteur légal

de l'enfant : né(e) le :

Fréquentant l'établissement :
en classe de :

AUTORISE MON ENFANT, en présence d'un adulte de l'établissement

A prendre le ou les médicament(s) prescrit(s) par le médecin traitant, sur le temps scolaire,
sur la période

du..... au

Nom du médicament :

Posologie :

**Médicaments , ordonnance et autorisation signée sont à déposer dans
l'établissement.**

A....., Le.....

Signature des Parents ou Tuteur légal