



Autorisation parentale pour prise de médicaments sur temps scolaire



TOUT TRAITEMENT POUR UNE AFFECTION SAISONNIERE DOIT ETRE ADMINISTRE A LA MAISON

Protocole national sur l'organisation des soins et des urgences du 29 décembre 1999

Je soussigné(e) :

.....

Parent(s) OU tuteur(s) légal(ux)ⁱ de l'enfant :

.....

Né(e) le :

.....

Inscrit à l'école :

.....

En classe de :

.....

Demande(nt) et autorise(nt) les personnels en charge du temps scolaire à administrer, suivant la prescriptionⁱⁱ, le ou les médicament(s) à notre enfant pour la posologie et pour la durée indiquée du traitement.

Fait à : Le / /

Signatures du (des) parent(s) OU tuteur(s) légal(aux)

Signature du Chef d'Etablissement

ⁱ Rayer la mention inutile

ⁱⁱ JOINDRE IMPÉRATIVEMENT L'ORDONNANCE ORIGINALE LISIBLE ET DÉTAILLÉE DU MÉDECIN