

Autorisation Parentale pour une prise médicamenteuse temporaire hors P.A.I.

Année scolaire : 20.../20....

Établissement scolaire :

Classe :

Madame, Monsieur(*).....

Adresse des parents (ou du représentant légal).....
.....

Téléphone :

Mail :

Parent(s) de l'enfant :

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Autorise le personnel de l'école/de l'établissement (en l'absence de l'infirmier (ière) à administrer à mon enfant, selon la prescription médicale, les médicaments figurant sur l'ordonnance ci-jointe.

Ordonnance où doivent figurer le nom de l'enfant, la posologie précise, la fréquence et la durée d'administration.

Du Dr..... en date du

(*) Rayer la mention inutile

Les médicaments doivent être étiquetés au nom de l'élève.

Dans la mesure du possible le traitement sera pris à la maison

Fait à Le

Signature des parents
(ou du représentant légal)