

AUTORISATION PARENTALE
Pour prise de médicaments ponctuelle
sur le temps scolaire dans le Second Degré

Année 20 / 20

Je soussigné(e) : père, mère ou tuteur légal
de l'enfant : né(e) le :
Fréquentant l'établissement : en classe de :

**DEMANDE ET AUTORISE LES PERSONNELS
DE L'ÉDUCATION NATIONALE**

1. A administrer le ou les médicament(s) nécessaire(s) à la santé de notre enfant et prescrits par le médecin traitant sur le temps scolaire sur la période

Du au

Nom du médicament
Posologie :

Ordonnance à joindre à l'autorisation

A, le

Signature des Parents ou tuteur légal