



VIE SCOLAIRE

AUTORISATION PARENTALE – PRISE DE MEDICAMENTS SUR LE TEMPS SCOLAIRE ET PERISCOLAIRE

(À déposer à la Vie scolaire ou au secrétariat ou à Mme BRARD)

Monsieur, Madame :

.....

Responsable(s) de l'élève :

.....

En classe de :

.....

Demande(nt) et autorise(nt) les personnels en charge du temps scolaire ou périscolaire à :

⁽¹⁾ **administrer** (élève **incapable** de prendre lui-même son médicament), suivant la prescription*, le ou les médicaments à notre enfant.

⁽¹⁾ **distribuer** (élève **capable** de prendre lui-même son médicament), suivant la prescription*, le ou les médicaments à notre enfant.

Je m'engage à faire connaître immédiatement toute modification du traitement.

Je décharge l'école de toute responsabilité suite à la prise de ce médicament.

Fait à..... Le.....

Signature des parents ou du tuteur légal

*Joindre impérativement à ce document la prescription lisible et détaillée du médecin