

## Formation par alternance

Vous pouvez retrouver ce document sur www.mfr-plabennecploudaniel.fr « Vie scolaire – Documents à télécharger »

## **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 :  $\Box^{(1)}$  administrer (élève incapable de prendre lui-même son médicament), suivant la prescription\*, le ou les médicaments à notre enfant.  $\Box^{(1)}$  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...... Le......

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



Signature des parents ou du tuteur légal

## Formation par alternance

de la 4ème aux formations supérieures