

AUTORISATION PRISE DE MEDICAMENT SUR TEMPS D'ACCUEIL

(mercredis – vacances scolaires- séjours)

Je soussigné(e).....en qualité de Père – Mère – Tuteur*
de l'enfant (nom-prénom) né(e) le

Demande et autorise l'équipe pédagogique du Service Enfance ou Jeunesse à administrer, suivant la prescription le ou les médicaments à notre enfant.

Je m'engage à :

- Joindre la prescription médicale
- Fournir les médicaments en amont
- Inscrire le nom et prénom de l'enfant sur chaque boîte de médicaments
- Administrer le médicament une première fois à la maison.

L'autorisation est valable le

Ou duau

Fait à, le

Signature

() rayer la mention inutile*