

**AUTORISATION PRISE DE MEDICAMENT SUR TEMPS D'ACCUEIL**

**ENFANCE : mercredis – vacances scolaires- séjours**

**JEUNESSE : mercredis, vendredis, samedis – 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 du .....au .....**

Fait à ... .., le .....

Signature

(\*) rayer la mention inutile