

DEMANDE PARENTALE

Prise de médicament sur le temps scolaire

Je, soussigné(e) -----

Parent ou tuteur légale de l'enfant : -----

Né(e) le -----

Fréquentant l'école : -----

en classe de : -----

demande aux personnels en charge du temps scolaire à administrer, suivant la prescription (*), le ou les médicaments à notre enfant.

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

Fait à -----, le -----

Signature des parents ou tuteur légal :

(*) joindre impérativement à ce document l'ordonnance lisible et détaillée du médecin prescripteur.