



AUTORISATION PARENTALE D'ADMINISTRATION D'UN MÉDICAMENT

École :

Classe :

ENFANT

Nom et prénom :
Date de naissance :

MÉDICAMENT

Nom du médicament :
Dosage / concentration :
Forme : ☐ Sirop ☐ Comprimé ☐ Gouttes ☐ Autre :
Dose à administrer :
Moment(s) d'administration :
Durée du traitement : du au
Motif / indication :

AUTORISATION

Je soussigné(e),, parent / représentant légal de l'enfant, autorise l'institutrice / l'enseignante à administrer à mon enfant le médicament mentionné ci-dessus, conformément à la prescription médicale et/ou aux instructions figurant sur l'ordonnance fournie.

Je certifie avoir remis le médicament dans son emballage d'origine, clairement identifié au nom de mon enfant, ainsi que, le cas échéant, une copie de l'ordonnance.

Nom et signature du parent / représentant légal :
Date : / /
Téléphone en cas de besoin :

PARTIE RÉSERVÉE À L'ÉCOLE

Médicament reçu le : / /
Quantité reçue :
Nom et signature de la personne ayant réceptionné le médicament :
Observations éventuelles :