



Année scolaire 20...../20

Autorisation de prise de médicaments sur le temps scolaire

Décharge de responsabilité du chef de l'établissement.*

Je soussigné(e) Mme M (nom, prénom) :

Responsable légal(e) de l'élève (nom, prénom) :

En classe de :

Certifie que mon enfant doit prendre des médicaments sur le temps scolaire dont la nature et la fréquence d'utilisation sont gérées par lui-même. Je décharge ainsi le chef d'établissement de toute responsabilité quant à la prise de ce traitement.

Je joins à cette autorisation l'ordonnance du médecin.

MÉDICAMENTS	POSOLOGIE		
	Matin	Midi	Soir
Nom : <input type="text"/> Dose : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nom : <input type="text"/> Dose : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nom : <input type="text"/> Dose : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A.....Le.....

Signature du représentant légal

**Ce document est uniquement valable pour l'année scolaire en cours.*