

**Autorisation Parentale pour une prise  
médicamenteuse temporaire hors P.A.I.**

Année scolaire : 20..../20.....

Établissement scolaire : .....

Classe : .....

Madame, Monsieur(\*).....

Adresse des parents (ou du représentant légal).....  
.....

Téléphone : .....

Mail : .....

Parent(s) de l'enfant :

Nom : .....Prénom : .....

Date de naissance : .....

**Autorise le personnel de l'école/de l'établissement (en l'absence de l'infirmier (ière) à administrer à mon enfant, selon la prescription médicale, les médicaments figurant sur l'ordonnance ci-jointe.**

**Ordonnance où doivent figurer le nom de l'enfant, la posologie précise, la fréquence et la durée d'administration.**

Du Dr..... en date du .....

(\*) Rayer la mention inutile

Les médicaments doivent être étiquetés au nom de l'élève.

Dans la mesure du possible le traitement sera pris à la maison

Fait à .....Le.....

Signature des parents  
(ou du représentant légal)