

AUTORISATION PARENTALE

Pour traitement ambulatoire à l'infirmerie et/ou à l'internat

Adressée au chef d'établissement



Je soussigné(e) Madame/Monsieur,

donne mon autorisation à l'établissement pour qu'il soit dépositaire du traitement médical de mon enfant ;

Nom :

Prénom(s) :

Classe :

Et en assurer le suivi conformément à prescription médicale du Médecin :

Nom du Médecin :

IMPORTANT

Joindre impérativement la photocopie de l'ordonnance.

En l'absence de l'infirmière, une aide à la prise de médicament (par la vie scolaire) est considérée comme un acte usuel de la vie courante dès lors que le médecin prescripteur considère que le mode de prise du médicament ne présente pas de difficulté particulière, ni ne nécessite un apprentissage.

Fait à

Le

Signature des parents/responsable légal