



MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE



Autorisation Parentale pour la prise de médicaments sur le temps scolaire

Accompagnant l'ordonnance du médecin prescripteur

Je soussigné(e) M.....

Responsable légal de l'enfant :

AUTORISE M.....

Chef d'établissement de l'école :

A donner ou à faire donner à mon enfant durant le temps scolaire :

.....
.....
.....

Comme indiqué sur la photocopie de l'ordonnance du médecin qui indique
clairement le nom du (des) médicaments, la posologie et les périodes de prise
de ce (ces) médicaments.

En cas de changement dans la prescription médicale, je m'engage :

✓ A prévenir le responsable de l'établissement, l'infirmière ou le médecin de
l'Education Nationale,

✓ A joindre la nouvelle ordonnance.

Fait à, le.....

Signature