

## **DEMANDE PARENTALE**

### **PRISE DE MEDICAMENT SUR LE TEMPS SCOLAIRE**

Je, soussigné (e) .....

Parent ou tuteur légal de l'enfant : .....

Né (e) le : .....

Fréquentant l'école : .....

.....

en classe de : .....

*demande aux personnels en charge du temps scolaire à administrer, suivant la prescription (\*), le ou les médicaments à notre enfant.*

*Je m'engage à faire connaître immédiatement toute modification du traitement.*

Fait à le

*Signature des parents ou du tuteur légal :*

*(\*) joindre impérativement à ce document la prescription lisible et détaillée du médecin*