

Accueil extra-scolaire
Place du Tilleul 1
1544 Gletterens

Prise de médicament au « P'tits Lacustres »

Autorisation parentale

Nom et prénom de l'enfant : _____

Né(e) le : _____

Par la présente, j'autorise le personnel en charge de l'accueil extra-scolaire à administrer, le ou les médicaments à notre enfant.

Nom du médicament : _____

Dosage : _____

A donner dès le _____ x/j

à _____

Fin du traitement le _____

Remarques : _____

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

Fait à _____, le _____

Nom et prénom des parents
ou du représentant légal : _____

Signature : _____