



Lycée des métiers d'art, du bois et de l'ameublement

*Revel*

## AUTORISATION PARENTALE PRISE DE MEDICAMENT SUR LE TEMPS SCOLAIRE ET PERISCOLAIRE

Je soussigné, .....

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

Né(e) le.....

En classe de .....

Demande et autorise les personnels en charge du temps scolaire et périscolaire à administrer, suivant la prescription\*, le ou les médicaments à notre enfant.

Fait à ..... Le .....

Signature des parents ou du tuteur légal

\* Joindre impérativement à ce document la prescription lisible et détaillée du médecin