



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