

## AUTORISATION POUR DISPENSER DES MÉDICAMENTS

École: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Cher/Chère Monsieur et Madame \_\_\_\_\_

Avant que l'école ne prenne la responsabilité de dispenser des médicaments à votre enfant, nous avons besoin de votre autorisation écrite. Il vous incombera également d'obtenir l'autorisation écrite du médecin traitant. Nous vous prions donc de compléter ce formulaire et de le retourner à l'école, accompagné de l'autorisation écrite du médecin que vous trouverez au verso.

Nous vous remercions de votre collaboration.

La direction,

*Je \_\_\_\_\_ soussigné.e donne par la présente, l'autorisation pour mon enfant \_\_\_\_\_ de recevoir les médicaments indiqués au verso. Ils seront dispensés par la direction ou son/sa délégué.e.*

*Cette autorisation est valable jusqu'au 30 juin suivant la date ci-dessus, à moins qu'elle ne soit annulée par le médecin ou par les parents.*

\_\_\_\_\_  
Signature d'un parent / tuteur

Copies : 1. dossier de l'élève 2. Dossier de l'école (si nécessaire)