

AUTORISATION PARENTALE

DANS LE CADRE D'UN PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

Je soussigné :

Parent ou représentant légal de l'enfant :

Né(e) le :

Fréquentant l'école : en classe de :

Demande et autorise les personnels en charge du temps scolaire ou périscolaire à administrer, suivant la prescription, le ou les médicaments à notre enfant. (Joindre le PAI établi par le médecin).

Je m'engage à fournir le traitement dans les locaux du restaurant scolaire et à faire connaître immédiatement toute modification du traitement.

Fait à :

Le :

Signature du parent ou du représentant légal.