Saint-André 24, rue du Château 7500 TOURNAI

Ecole maternelle et primaire

ENSEIGNEMENT CATHOLIQUE

Prise de médicaments à l'école
AUTORISATION PARENTALE

Madame, Monsieur ……,

parent(s) – personne investie de l'autorité parentale* de

…… ,

élève en …… année maternelle - primaire *

demande(nt) qu'à titre exceptionnel, l'enseignant veille à ce que son enfant suive la médication suivante pendant ……. jours,

à dater du ……

Nom du médicament	Posologie	Heure(s)

Date : Signature(s) :

** Biffer la mention inutile*

Saint-André 24, rue du Château 7500 TOURNAI

Ecole maternelle et primaire

ENSEIGNEMENT CATHOLIQUE

Prise de médicaments à l'école
AUTORISATION PARENTALE

Madame, Monsieur ……,

parent(s) – personne investie de l'autorité parentale* de

…… ,

élève en …… année maternelle - primaire *

demande(nt) qu'à titre exceptionnel, l'enseignant veille à ce que son enfant suive la médication suivante pendant ……. jours,

à dater du ……

Nom du médicament	Posologie	Heure(s)

Date : Signature(s) :

** Biffer la mention inutile*