



AUTORISATION PARENTALE POUR L'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

À compléter par le parent/tuteur :

JE SOUSSIGNÉ(E) (Nom et prénom).....
 PÈRE MÈRE TUTEUR RÉPONDANT

AUTORISE (Nom et prénom de l'enfant).....

À PRENDRE LE(S) MÉDICAMENT(S) SUIVANT(S).....

.....
SELON LES MODALITÉS REPRISES CI-DESSOUS, PENDANT L'ACTIVITÉ (la citer)

.....
QUI SE DÉROULERA DU/...../..... AU/...../..... À (localité)

EN (pays).....

MODALITÉS D'ADMINISTRATION DU/DES MÉDICAMENT(S) :

• Nom complet du/des produits.....

.....
.....

• Mode d'administration.....

.....
.....

• Dosage.....

.....
.....

• Fréquence.....

.....
.....

• Durée du traitement.....

.....

.....

• Remarques :

.....

.....

.....

.....

COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT :.....

.....

.....

DATE ET SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR