



**AUTORISATION PARENTALE DE PRISE OCCASIONNELLE DE
MÉDICAMENTS PENDANT LE TEMPS SCOLAIRE**

Décret n°2000-762 du 1/08/00 et circulaire D GS DAS n°99-320 DU 4/06/99

Année scolaire 2020. / 2021

Madame, Monsieur

Adresse des parents (ou du responsable légal)

.....
.....

Téléphone :

Demande pour mon enfant : Nom Prénom

Né(e) le

Scolarisé(e) au **Collège Marcel Carné-VINEUIL**

Classe :

Autorise Mme BOUQUILLION Cécile, Chef d'établissement,

à faire donner par un adulte encadrant de son choix, le traitement prescrit par le Docteur
....., pour notre enfant, conformément à l'ordonnance du

jointe à ce document.

Fait à, le/...../.....

Signature des parents

Attention sur l'ordonnance, le médecin prescripteur devra indiquer clairement et lisiblement chaque fois que nécessaire **les signes d'appel, les symptômes** qui doivent donner lieu à la prise des médicaments prescrits.

En cas d'absence de l'enseignant veillez à ce que l'information soit suivie.