



**CHÂTEL<sup>ST</sup>DENIS**  
Ville d'énergies

## **Formulaire d'autorisation médicamenteuse lors de prescription médicale**

Ce document doit être rempli pour toute prise de médicament et lors de modification en cours d'année scolaire.

**NOM PRENOM DE L'ENFANT :** \_\_\_\_\_

Médicament : \_\_\_\_\_

Horaire de la prise : \_\_\_\_\_

Posologie : \_\_\_\_\_

Voie d'administration : \_\_\_\_\_

Durée du traitement : \_\_\_\_\_ Date de péremption : \_\_\_\_\_

### **AUTORISATION DE TRAITEMENT :**

Je soussigné \_\_\_\_\_ parent de \_\_\_\_\_

Autorise le personnel de l'accueil extrascolaire de Châtel-St-Denis à administrer à mon enfant la médication précisée sur cette fiche selon la posologie indiquée que nous fournissons avec la prescription médicale appropriée.

Signature des parents :

Date :