

DEMANDE DE DISTRIBUTION DE TRAITEMENT

Je, soussigné,

Parent ou tuteur légal de l'enfant.....

Né-e le : / /

En classe de :

Demande et autorise l'infirmier-e de l'établissement scolaire et en son absence, les personnels en charge du temps scolaire et périscolaire à distribuer à notre enfant le ou les médicaments suivant la prescription ci jointe.

Fait à Le

Signature des parents ou du tuteur légal

Joindre impérativement à ce document la prescription lisible et détaillée du médecin

A DEMANDE DE DISTRIBUTION DE TRAITEMENT

Je, soussigné,

Parent ou tuteur légal de l'enfant.....

Né-e le : / /

En classe de :

Demande et autorise l'infirmier-e de l'établissement scolaire et en son absence, les personnels en charge du temps scolaire et périscolaire à distribuer à notre enfant le ou les médicaments suivant la prescription ci jointe.

Fait à Le

Signature des parents ou du tuteur légal

Joindre impérativement à ce document la prescription lisible et détaillée du médecin