DEMANDE PARENTALE

Prise de médicament sur le temps scolaire
Année scolaire : 2021/2022

Je soussigné(e), NOM…… Prénom ……..

Responsable légal ou tuteur de l'enfant :

NOM : …… Prénom ……..

Né(e) le : ……. / …… / …….. à …… Dépt : ……

Elève au collège François Mitterrand de Montbron, en classe de : ……

Autorise les personnels en charge du temps scolaire (CPE, Vie scolaire sous la responsabilité des CPE) à administrer suivant la prescription (*), le ou les médicaments à mon enfant (et ce en l'absence de l'infirmière scolaire).

Je m'engage à faire connaître immédiatement toute modification du traitement.

Cette demande parentale est valable pour l'année scolaire 2021/2022.

Fait à …… Le …… / ……. / ……

Signature du responsable légal ou du tuteur si **version papier**, cocher la ou les case(s) correspondante(s) si **version numérique** :

Responsable légal ☐ Tuteur ☐

(*) Joindre impérativement à ce document la prescription lisible et détaillée du médecin. Aucun médicament ne sera donné en absence de prescription.