



**AUTORISATION PARENTALE DE PRISE TEMPORAIRE DE TRAITEMENTS SUR LE
TEMPS SCOLAIRE ET A L'INTERNAT**

Année scolaire

ELEVE

Nom et prénom :

Date de naissance :

Classe :

RESPONSABLES LEGAUX

Noms et prénoms :

Adresse :

Téléphone :

Je soussigné(e).....responsable légal de l'enfant..... autorise l'établissement scolaire (équipe vie scolaire dont assistant d'éducation à l'internat, infirmière, équipe éducative et/ou pédagogique) à mettre à disposition le pilulier constitué par mes soins et identifié au nom de mon enfant, en application de l'ordonnance signée (à joindre) par le Docteur en date du..... pour une durée de jours.

Traitements :
.....
.....

Lieu du pilulier :

Fait à, le

Signatures des responsables légaux :