



**AUTORISATION PARENTALE**  
**Pour prise de médicaments ponctuelle**  
**sur le temps scolaire**

**Année 20.. / 20..**

**Je soussigné(e) : .....** père, mère ou tuteur légal  
**de l'enfant : .....** né(e) le : .....

**Fréquentant l'établissement : .....**

**en classe de : .....**

**DEMANDE ET AUTORISE LES PERSONNELS**  
**DE L'EDUCATION NATIONALE**

**1. A administrer le ou les médicament(s) nécessaire(s) à la santé de notre enfant et**  
**prescrits par le médecin traitant sur le temps scolaire sur la période**

**Du ..... au .....**

**Nom du médicament**  
**Posologie :**

**Ordonnance à joindre à l'autorisation**

A ....., le .....

Signature des Parents ou tuteur légal