



AUTORISATION PARENTALE POUR L'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS DURANT LE SÉJOUR EN ITALIE

Nom, prénom et classe de l'enfant :

À compléter par le parent/tuteur :

JE SOUSSIGNÉ(E) (Nom et prénom)

PÈRE MÈRE TUTEUR RÉPONDANT DE L'ENFANT

autorise les enseignants à administrer à mon enfant, sur prescription médicale, le(s) médicament(s) suivant(s) :

.....
.....
.....
.....

Selon les modalités reprises ci-dessous, pendant le séjour en Italie qui se déroulera du **samedi 1^{er} avril au vendredi 7 avril 2023**.

Posologie du/des médicament(s) :

	Nom complet du produit	Mode d'administration	Dosage	Fréquence	Durée du traitement
1 ^{er} médicament					
2 ^{ème} médicament					
3 ^{ème} médicament					

Les médicaments et l'ordonnance, placés dans un sac avec le nom de l'enfant, seront à remettre à M. ANJARD le matin du départ accompagnés de cette feuille.

• Remarques :

COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT :

DATE ET SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR