

Demande d'application d'un traitement médical
Ou automédication en milieu scolaire

Année scolaire 2019 - 2020

Etablissement scolaire Lycée Val de Garonne - Marmande

Je, soussigné(e)

Parent ou tuteur légal de l'enfant :

Né(e) le : En classe de.....

- Demande et autorise mon enfant à prendre
.....
- Demande et autorise le personnel de l'équipe éducative à donner à mon enfant : nom de l'adulte
réfèrent.....

(Barrer la mention inutile)

selon la **prescription, ci jointe**, du Dr..... en date du.....

◆ Les médicaments suivants :

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

Fait à, le.....

Signature des parents ou du tuteur légal :