

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

**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'ÉDUCATION 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