



**AUTORISATION PARENTALE PONCTUELLE POUR
LA PRISE DE MÉDICAMENTS SUR LE TEMPS
SCOLAIRE ET/OU PERISCOLAIRE**

Accompagnant l'ordonnance du médecin prescripteur

Je soussigné(e) :

Responsable légal de l'enfant :

Né(e) le :

AUTORISE le personnel enseignant et/ou de l'ALPS à administrer à mon enfant
durant le temps scolaire et/ou périscolaire le traitement médicamenteux suivant :

Comme indiqué sur la photocopie de l'ordonnance du médecin qui indique clairement le
nom du (des) médicaments, la posologie et les périodes de prise de ce (ces) médicament.
J'indique aussi sur l'emballage du/des médicaments le nom de l'enfant.

En cas de changement dans la prescription médicale, je m'engage :

- A prévenir l'enseignant et le personnel de l'ALPS en charge de l'enfant.
- A joindre la nouvelle ordonnance.

Fait à :

Date :

Signature (Nom / Prénom du représentant légal)