

**AUTORISATION PARENTALE POUR
L'ADMINISTRATION DE MEDICAMENTS**

A compléter par le parent/tuteur :

JE SOUSSIGNEE (Nom et prénom).....
○ PERE
○ MERE
○ TUTEUR
○ REpondant

AUTORISE (Nom et prénom de l'enfant).....

A PRENDRE LES MEDICAMENT(S) SUIVANT(S) :

SELON LES MODALITES REPRISES CI-DESSOUS, PENDANT L'ACTIVITE (la citer)

QUI SE DEROULERA DU/...../..... AU/...../.....
A (localité)..... EN (Pays).....

MODALITES D'ADMINISTRATION DU/DES MEDICAMENT(S) :

Nom complet du/des produits :

Mode d'administration :

Dosage :

Fréquence :

Durée du traitement :
.....
.....

Remarques :
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT :
.....
.....
.....
.....

DATE ET SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR