

## AUTORISATION DE MEDICATION DE COURTE DUREE

**Nous (je) soussigné(s)**

.....

**Domicilié(s) à**

.....

**Donne/ons mon/notre accord pour médiquer mon/notre enfant**

.....

**Nom du médicament**

.....

**Posologie**

.....

**Quand**

.....

**Seulement si accompagné de la prescription médicale.**

**Fait à ..... le ...../...../.....**

**Signatures des parents ou du responsable.**