

AUTORISATION DE MEDICATION DE COURTE DUREE

Nous (je) soussigné(s)

.....

Domicilié(s) à

.....

Donne/ons mon/notre accord pour médicquer mon/notre enfant

.....

Nom du médicament

.....

Posologie

.....

Quand

.....

Seulement si accompagné de la prescription médicale.

Fait à le/...../.....

Signatures des parents ou du responsable.