



## AUTORISATION PARENTALE POUR L'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

**À compléter par le parent/tuteur :**

JE SOUSSIGNÉ(E) (Nom et prénom)

PÈRE     MÈRE     TUTEUR     RÉPONDANT

AUTORISE (Nom et prénom de l'enfant)

À PRENDRE LE(S) MÉDICAMENT(S) SUIVANT(S)

SELON LES MODALITÉS REPRISES CI-DESSOUS, PENDANT L'ACTIVITÉ (la citer)

QUI SE DÉROULERA DU ...../...../..... AU ...../...../..... À (localité)

EN (pays).....

MODALITÉS D'ADMINISTRATION DU/DES MÉDICAMENT(S) :

• Nom complet du/des produits.....

.....  
.....

• Mode d'administration.....

.....  
.....

• Dosage.....

.....  
.....

• Fréquence.....

.....  
.....

• Durée du traitement.....

.....

.....

• Remarques : .....

.....

.....

.....

.....

COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT :.....

.....

.....

**DATE ET SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR**