



ACCUEIL EXTRASCOLAIRE

LA FOURMILIERE

AUTORISATION DE PRISE DE MEDICAMENT(S)

Mon enfant suit un traitement médical de longue durée.

J'autorise l'équipe éducative de l'accueil extrascolaire « *La Fourmilière* » à donner le(s) médicament(s) suivant(s) à mon enfant :

ENFANT

Prénom et nom :

Nom du médicament :

Prescrit contre :

Posologie :

Traitement du :

Fait le :

Signature du parent :