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

**A complèter 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