



direction des services
départementaux
de l'éducation nationale
Sarthe



AUTORISATION PARENTALE

**Pour prise de médicaments ponctuelle
sur le temps scolaire dans le second degré**

Année 20... /20...

Je soussigné(e) : père, mère ou tuteur légal

de l'enfant : né(e) le :

Fréquentant l'établissement :
en classe de :

DEMANDE ET AUTORISE LES PERSONNELS DE L'EDUCATION NATIONALE

1 – A administrer le ou les médicament(s) nécessaire(e) à la santé de notre enfant et
prescrit(s) par le médecin traitant sur le temps scolaire sur la période .

du..... au

Nom du médicament :

Posologie :

Ordonnance à joindre à l'autorisation

A....., Le.....

Signature des Parents ou Tuteur légal