

Date:

Centre Médico Scolaire  
1 bis rue François Rabelais  
41200 Romorantin Lanthenay  
Tel/Fax : 02 54 76 05 08

**Autorisation parentale pour prise de médicament(s) sur le temps scolaire**

Je soussigné(e), Mr et/ou Mme.....

Représentant(e) légal(e) de l'élève :

**NOM**.....

**Prénom**.....

**Etablissement scolaire**.....

**Classe**.....

autorise toute personne présente auprès de mon enfant à lui donner le(s) médicament(s) selon la prescription médicale (Joindre obligatoirement une photocopie de l'ordonnance).

Médicaments déposés :

1).....

2).....

3).....

Signatures des parents

**NB :** - Les médicaments seront déposés à l'infirmerie de l'établissement scolaire.  
- Dans le cadre d'un traitement pour l'asthme où l'élève est obligé d'avoir son traitement à disposition, il est autorisé à garder celui-ci dans son cartable ou dans son sac de sport.