



**AUTORISATION PARENTALE DE PRISE OCCASIONNELLE DE
MÉDICAMENTS PENDANT LE TEMPS SCOLAIRE**

Décret n°2000-762 du 1/08/00 et circulaire D GS DAS n°99-320 DU

Centre médico-scolaire : CMS Blois

Madame, Monsieur

Adresse des parents (ou du responsable légal)

.....
.....

Téléphone :

Demande pour mon enfant : Nom Prénom

Né(e) le

Scolarisé(e) à l'école primaire Alfred Thorel de CANDÉ-SUR-BEUVRON

Classe :

Autorise Mme /M. (chef d'établissement)

à donner par un adulte encadrant de son choix, le traitement prescrit par le Docteur..... ,

pour notre enfant, conformément à l'ordonnance du **jointe à ce document.**

Fait à le

Signature des parents

Attention sur l'ordonnance, le médecin prescripteur devra indiquer clairement et lisiblement chaque fois que nécessaire **les signes d'appel, les symptômes** qui doivent donner lieu à la prise des médicaments prescrits.

En cas d'absence de l'enseignant veillez à ce que l'information soit suivie.