



AUTORISATION PRISE DE MEDICAMENTS POUR L'ANNEE 2023-2024

Je soussigné(e) Madame, Monsieur, agissant en tant que parent et responsable légal de, élève en classe de, autorise mon enfant à recevoir les médicaments suivants en cas de besoin* :

- Efferalgan 500mg
- Spasfon
- Hémoclar (bleus, coups)

Date :

Signature :

* Douleur légère et sans température (en cas de fièvre vous serez prévenu(e) systématiquement).

Document à rendre au Professeur Principal de votre enfant le jour de sa rentrée