

ANNEXE 1 AUTORISATION PARENTALE ET DECHARGE DE RESPONSABILITE POUR LA PRISE PONCTUELLE DE MEDICAMENTS SUR LE TEMPS PERISCOLAIRE

(A conserver et à utiliser uniquement en cours d'année en cas de besoin)
ANNEE 2024-2025

Je soussigné (e),, représentant légal de l'enfant :
.....né(e) le,
en classe de :, fréquentant le service restauration scolaire, demande et autorise les
personnels de la commune :

1) **À administrer** le ou les médicament(s) nécessaire(s) à la santé de notre enfant et prescrit(s) par le
médecin traitant sur le temps périscolaire sur la période :

Du au

➤ Nom du médicament :

➤ Posologie (à indiquer sur la boîte) :

➤ Nom du médicament :

➤ Posologie (à indiquer sur la boîte) :

2) **M'engager pour cela à donner au personnel communal le(s) médicaments(s) prescrit(s)** dans
son(leur) emballage d'origine, et fournir l'ordonnance tamponnée par le médecin sur laquelle figure la
durée du traitement.

3) **Décharge de toute responsabilité** le personnel communal qui administre le médicament.

4) **Atteste** que la prise de médicament ne nécessite pas de formation spécifique pour les agents
communaux.

Fait à, le

Signatures(s) du ou des représentants légaux
précédé(e)s de la mention « Lu et approuvé »