

Décharge parentale prise médicamenteuse.

Je soussigné(e)..... (père /mère /tuteur)

Autorise mon enfant, Nom Prénom :
à prendre son traitement suivant la prescription médicale.

Nom du/des médicament(s) :
.....

Raison de la prise :

Sous forme de:

- ☐ Poudre
- ☐ Comprimé
- ☐ Gélule
- ☐ Sirop
- ☐ Pommade

Horaire :

Je déclare par la présente dégager le lycée et le personnel de toute responsabilité en cas d'effet(s) secondaire(s) ou autres incidents liés à la prise de ce(s) médicament(s).

Signature : A, Le / /

Médicament(s) réceptionné par