

Autorisation médicaments

Concerne (nom et prénom de l'enfant) : _____

Liste des médicaments :

- Pansements
- Granules d'Arnica
- Dafalgan
- Bepanthen
- Arnica gel
- Fenistil
- Merfen
- Sérum physiologique
- Algifor

Je soussigné/e **autorise** le personnel qualifié du parascolaire « Interlude » à administrer à mon enfant les médicaments cités ci-dessus en cas de besoin.

Je soussigné/e **refuse** que le personnel qualifié du parascolaire « Interlude » administre à mon enfant les médicaments cités ci-dessus. En cas de besoin, j'apporterai et administrerai moi-même les médicaments nécessaires à mon enfant.

NB : D'autres médicaments que ceux listés ci-dessus peuvent être administrés à l'enfant durant son temps au parascolaire par le personnel qualifié sur demande des parents. Une fiche de médication devra alors être remplie et signée par l'un des représentants légaux de l'enfant.

Date et signature des parents : _____