



AUTORISATION PARENTALE

Prise de médicaments

Année scolaire 2017/2018

Document nécessaire pour l'accueil de votre enfant au sein du restaurant scolaire et/ou de l'accueil périscolaire et/ou des nouveaux temps d'animation, je vous remercie de bien vouloir compléter et retourner ce document à la commune de la Hague – direction Education.

Je soussigné(e) Madame / Monsieur

Autorise le personnel de restauration scolaire et/ou d'accueil périscolaire et/ou des nouveaux temps d'animation à administrer à mon enfant

Nom/Prénom :

le traitement médical décrit dans l'ordonnance et à suivre les recommandations décrites.

Je m'engage à fournir également aux temps périscolaires l'ordonnance et les produits et médicaments mentionnés dans celle-ci. Les contenants porteront le nom, prénom et la classe de l'enfant.

Observations :

.....

.....

.....

Le2017

Signature

Document à retourner : Commune de La Hague
8 rue des Tohagues – BP 217
BEAUMONT-HAGUE
50442 LA HAGUE Cedex

Ou par courriel : courrier@lahague.com