



Liberté • Égalité • Fraternité  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE



académie  
Aix-Marseille

direction des services  
départementaux  
de l'éducation nationale  
Bouches-du-Rhône  
éducation  
nationale

### AUTORISATION PARENTALE en vue d'un traitement médical au collège et lycée

Je, soussigné(e) .....

Autorise mon enfant.....

A prendre et à gérer seul le traitement prescrit par le médecin le

Docteur ..... en présence d'un adulte de l'établissement

Ceci, en rapport avec l'affection signalée sur la fiche de renseignements médicaux.

A ....., le .....

L'élève sera muni de l'ordonnance et du protocole indiquant le nom  
du médicament, la posologie et la fréquence des prises.

Signature des parents :