

Accueil parascolaire

Autorisation pour l'administration de médicaments

Nom et prénom de l'enfant : _____

Structure d'accueil concernée :

- ☐ UAPE La Fourchette Rouge
- ☐ UAPE Grand-Pré
- ☐ UAPE Les Vergers
- ☐ UAPE Oxybulles

Nom du/des médicament(s) : _____

Période d'administration : du ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____

Moment(s) de la prise : ☐ Matin
☐ Midi
☐ Après-midi

Dose et indications d'administration (quantité, fréquence, modalités particulières) : _____

Instructions particulières (précautions, conservation, etc.) : _____

⚠ Important : Aucun médicament dépassé de date ou dont le dosage n'est pas inscrit sur le récipient ne sera administré aux enfants.

- **1P à 4P** : le formulaire et les médicaments doivent être remis directement par les parents à l'équipe éducative.
- **5P à 8P** : le formulaire doit être transmis par voie électronique et les médicaments peuvent être apportés par l'enfant.

J'autorise l'équipe éducative à administrer le(s) médicament(s) mentionné(s) dans ce document, conformément aux indications que j'ai fournies.

Je m'engage à informer la structure d'accueil de toute modification relative aux informations communiquées dans le présent document.

Sauf contre-indication ou modification communiquée par écrit par le parent/représentant légal, cette autorisation reste valable pour toute la durée d'inscription de mon enfant dans la structure d'accueil.

Fait à _____, le _____

Signature du parent/représentant légal : _____