

inspection académique  
Yonne

Jeunesse  
éducation  
recherche



**E.S.I. Brannay - Dollot - Lixy  
St-Sérotin - Vallery - Villethierry**  
Route des Prés Verts  
89140 VILLETHIERRY  
Tél. 03 86 66 12 46

**AUTORISATION PARENTALE  
PRISE DE MEDICAMENTS SUR LE TEMPS SCOLAIRE et PERISCOLAIRE**

Je, soussigné .....  
Parent ou tuteur légal de l'enfant : .....  
Né(e) le : .....  
Fréquentant l'école : .....  
En classe de : .....

Demande et autorise les personnels en charge du temps scolaire ou périscolaire à administrer, suivant la prescription\*, le ou les médicaments à notre enfant.

Je m'engage à faire connaître immédiatement toute modification du traitement.

Fait à ..... le .....

Signature des parents ou du tuteur légal :

\* Joindre impérativement à ce document la prescription lisible et détaillée du médecin.