

En date du .../.../... et ce jusqu'au .../.../... inclus, Madame, Monsieur,  
..... parent de l'enfant .....  
élève à l'école Saint-Joseph en classe de ..... maternelle/primaire\*  
demande qu'à titre exceptionnel l'enseignant veille à ce que son enfant  
prenne le(s) médicament(s) suivant(s) :

.....  
.....  
.....

aux heures suivantes :

.....  
.....  
.....

**En signant ce document, les parents attestent formellement que leur enfant ne présente aucun risque (allergique ou autre) à la prise de ce médicament. Ils assurent qu'ils en ont eu l'information auprès d'un médecin.**

Si les parents souhaitent que l'enfant prenne un aérosol durant la journée, ceux-ci doivent d'abord contacter l'enseignant de leur enfant afin d'évaluer la faisabilité en fonction des conditions pratiques du moment.

Il est obligatoire de donner le(s) médicament(s) **directement à un adulte lors de l'arrivée à l'école** et de ne **pas** le(s) laisser **dans le cartable de l'enfant.**

Signature des parents ou des personnes exerçant l'autorité parentale :

\*biffez la mention inutile.

*Ce document est **téléchargeable** sur notre site internet onglet „document“ /“prise de médicaments“*