Autorisation parentale
pour la prescription de médicaments

À compléter par le médecin si l'enfant doit prendre un médicament.

Nom et prénom : ……
Adresse : …….
Téléphone : ……

Prescription médicale

Je soussigné-e …… Docteur-e en médecine,
atteste que …….
a besoin de prendre les médicaments mentionnés ci-dessous durant le séjour organisé par ……., qui se déroulera du ……../……../20…….. au ……../……../20……..
à ……(localité).

- Nom du médicament : ……

Principe actif : ……
Mode d'administration : ……
Dosage : ……
Fréquence : ……
Durée du traitement : ……

- Nom du médicament : ……

Principe actif : ……
Mode d'administration : ……
Dosage : ……
Fréquence : ……
Durée du traitement : ……

Fait à ……, le ...../ ...../ 20.....

Cachet du médecin

Signature