



PERISCOLAIRE
21, Rue Saint Rémi
57320 VAUDRECHING
Téléphone : 06.24.20.88.07
Mail : periscolairedevaudreching@gmail.com



SUIVI DE TRAITEMENT MEDICAL

Je soussigné(e)

Père, Mère ou tuteur légal de l'enfant

Né(e) le

Fréquentant l'école

En classe de

Fréquentant le périscolaire aux dates suivantes :

.....

Demande aux personnels en charge du temps périscolaire à administrer, suivant la prescription (joindre IMPERATIVEMENT la prescription médicale lisible et détaillée du médecin) le ou les médicaments à mon enfant.

ATTENTION :

La dose de midi doit être, dans la mesure du possible, sous forme solide. Le médicament doit être préparé par la famille, remis dans son emballage d'origine. En aucun cas le traitement ne doit être mis dans le sac ou laissé à l'enfant.

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

Fait à, le.....

Signature des parents ou du tuteur légal :

