

**Décharge en cas de prise de médicament-s à l'UAPE**

Prénom et nom de l'enfant .....

Nom du médicament .....

Raison de la prise du médicament.....

Posologie.....

Fréquence / heures.....

Prise du médicament et assistance :

- Mon enfant est autorisé à prendre le médicament cité seul
- Mon enfant a besoin de l'assistance d'un personnel encadrant pour prendre le médicament cité

Durée du traitement :

- Du..... Au.....
- Pour l'entier de l'année scolaire 2022-2023

Conservation :

- Le médicament doit être tenu au réfrigérateur
- Le médicament doit être tenu à température ambiante

Autres informations pertinentes .....

Le présent document est transmis aux parents répondant suite à sa demande, car il désire que son enfant prenne un ou plusieurs médicament-s à la structure d'accueil parascolaire. L'UAPE n'est pas tenue responsable des éventuelles réactions au-x médicament-s administré-s et cité-s ci-dessus. Le parent répondant, par sa signature, autorise son enfant à prendre le-s médicament-s cité-s, ou autorise, le personnel encadrant à administrer le-s médicament-s à l'enfant, selon la posologie ci-dessus.

Lieu et date .....

Signature des parents/répondants .....

Signature de la structure .....

