



AUTORISATION TRAITEMENT MEDICAL

REF DU DOCUMENT
FO.FAM.005
Autorisation traitement
médical

UNIQUEMENT SUR PRESCRIPTION DU MEDECIN

Nom de l'enfant : Prénom de l'enfant :

Traitement :

Date	Médicament	Posologie	Heure	Visa

Nous autorisons le personnel éducatif de l'UAPE à administrer le traitement susmentionné à notre enfant.

Date : Signature des parents :