

TRAITEMENT MEDICAL

J'autorise le personnel de l'AES Les Amaris à donner à mon enfant

_____ (prénom et nom) le traitement suivant :

❖ Nom du médicament : _____

❖ Posologie (quantité) : _____

le matin avant l'école

à midi avant le repas pendant le repas après le repas

le soir après l'école

❖ Durée du traitement du _____ au _____ Indéfini

❖ Traitement demandé par le médecin oui non

❖ Si oui, nom, adresse et téléphone du médecin :

Date : _____

Signature :