



## Autorisation médicale 2025-2026

Nom et prénom de l'élève : .....

Je soussigné(e) .....

- Mère de l'enfant,
- Père de l'enfant,

Autorise l'école à donner des médicaments à mon enfant :

- Toute médication jugée utile.
- Uniquement les médicaments suivants : .....  
.....
- N'autorise pas l'école à donner des médicaments sans mon consentement. Je souhaite être prévenu(e) à chaque fois et je m'engage à envoyer une autorisation écrite à chaque fois.

A ce jour, mon enfant :

- N'a aucune allergie connue.
- Est allergique à .....

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

## Medical Authorization 2025-2026

Surname and name of the student : .....

I undersigned .....

- Mother of the child,
- Father of the child,

Authorize the school to give my child medication:

- Any medication deemed useful.
- Only the following medications: .....  
.....
- Don't allow the school to give medicines without my consent. I want to be notified each time and I agree to send a written authorization each time.

As of today, my child:

- Has no known allergy.
- My child is allergic to .....

Date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_