



**AUTORISATION PARENTALE POUR LA DELIVRANCE DE MEDICAMENTS AU
SEIN DES HALTES DE L'ASSOCIATION PIROUETTE.**

Je soussigné :.....,

Parent de l'enfant :.....

Né le :.....

fréquentant la ou les haltes de l'association Pirouette, demande et autorise les personnels à administrer, suivant la prescription, le ou les médicaments à notre enfant.

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

A....., le.....

Signature des Parents :