

Lycée d'Enseignement Général
et Technologique Agricole
La Vinadie, 46100 FIGEAC
Tél. : 05 65 34 25 91

Autorisation de traitement

Élève :

Nom :

Prénom(s) :

Classe :

Régime :

Date de naissance :

Responsable légal :

Je soussigné (e) Mme, M. (Nom, prénom d'un représentant de l'autorité parentale)

Responsable légal (e) de l'enfant ci-dessus désigné, certifie que celui-ci doit prendre des médicaments dont la nature et la fréquence d'utilisation sont gérées par lui-même.

Traitement d'une durée de .

Prescrit le par le Dr dont vous trouverez ci-joint l'ordonnance.

Signature du représentant de l'autorité parentale