



AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) Madame, Monsieur :

Autorise l'équipe éducative de l'équipement que mon enfant fréquente au titre des services municipaux proposés et organisés par la commune à administrer les médicaments selon la prescription médicale sur le temps d'accueil, dans le cadre du

P.A.I :

à mon enfant :

Fait à Issou, le ____ / ____ / ____

Nom/Prénom du représentant légal

Signature

