



Département de l'Essonne

Tél. : 01 64 98 81 40

Fax : 01 64 98 80 06

91490 Oncy-sur-École

## MEDICATION

Je soussigné(e) .....

agissant en tant que père , mère , représentant légal  autorise la mairie d'Oncy-sur-Ecole à administrer à mon enfant .....

en classe de ....., le traitement prescrit par mon médecin traitant en date du ....., soit :

Nom du médicament : .....

Quotité : .....

Traitement du ..... au ..... inclus

Je joins à cette présente autorisation copie de l'ordonnance.

Fait à Oncy-sur-Ecole, le .....

Signature d'un parent ou du représentant légal

Commune  
adhérente

