



Commune de Marly

Service enfance et formation

Secteur accueil de l'enfance

Protocole thérapeutique

Autorisation pour le personnel des AES d'administrer une médication

Par ma signature, j'autorise le personnel de l'accueil extrascolaire à administrer le médicament selon les informations ci-dessous.

AES Grand-Pré

AES Cité

Prénom et NOM de l'enfant :

Nom du médicament :

Posologie :

Raison de la prise de médicament :

Durée (date de début et date de fin) :

En tant qu'autorité parentale, je suis responsable d'informer le personnel de l'accueil de tout changement.

Prénom, NOM du/des parent/s :

Date : Signature du/des parent/s :

.....