

demande d'administration d'un médicament pendant le temps extra & périscolaire

Nom et prénom de l'enfant :

Date de Naissance :

Lieu de Naissance :

Je, soussigné(e), détenteur de l'autorité
parentale, lien avec l'enfant :

Demande à l'association OPAL ou son représentant, d'administrer à mon enfant le ou les
médicament(s) suivant(s) conformément à l'ordonnance du jointe à ce document

MÉDICAMENTS

.....
.....

Le ou les médicament(s) doit-il être réfrigéré ?

Oui Non

Effets indésirables importants attendus :

.....
.....
.....

Le ou les médicament(s) doivent comporter les mentions suivantes:

- | | |
|---|---|
| ☐ Nom de la personne | ☐ Voie d'administration |
| ☐ Nom du médicament | ☐ Heure d'administration (si nécessaire) |
| ☐ Dosage | |

**Cette demande est valable pour la période de validité de l'ordonnance dans la limite de l'année
scolaire en cours.**

La vérification de la validité des médicaments est du ressort du détenteur de l'autorité
parentale.

Téléphone du parent ou du titulaire de l'autorité parentale :

Téléphone en cas d'urgence :

Fait en double exemplaire.

Signature de la personne autorisée : Date :