

Prise de médicament au Restaurant Scolaire
À déposer au secrétariat de Mairie
pour transmission aux surveillantes et aux ATSEM

NOM, Prénom de l'enfant concerné :

Classe :

Membre de la famille autorisé à administrer le médicament à l'enfant cité ci-dessus :
(nom, prénom et filiation avec l'enfant)

.....

Durée du traitement : du au inclus

Fait à Saint Martin du Mont, le

Signature(s) du (ou des) parent(s) :

Prise de médicament au Restaurant Scolaire
À déposer au secrétariat de Mairie
pour transmission aux surveillantes et aux ATSEM

NOM, Prénom de l'enfant concerné :

Classe :

Membre de la famille autorisé à administrer le médicament à l'enfant cité ci-dessus :
(nom, prénom et filiation avec l'enfant)

.....

Durée du traitement : du au inclus

Fait à Saint Martin du Mont, le

Signature(s) du (ou des) parent(s) :