

## ANNEXE 2

# AUTORISATION PARENTALE ET DECHARGE DE RESPONSABILITE POUR LA PRISE PONCTUELLE DE MEDICAMENTS SUR LE TEMPS PERISCOLAIRE

---

ANNEE 2021-2022

Je soussigné (e), ....., représentant légal de l'enfant :

.....né(e) le .....,

en classe de : ....., fréquentant le service restauration scolaire, demande et autorise les  
personnels de la commune :

- 1) A administrer** le ou les médicament(s) nécessaire(s) à la santé de notre enfant et prescrit(s) par le médecin traitant sur le temps périscolaire sur la période :

Du ..... au .....

- Nom du médicament : .....
- Posologie (à indiquer sur la boîte) : .....
- Nom du médicament : .....
- Posologie (à indiquer sur la boîte) : .....

- 2)** M'engager pour cela à donner au personnel communal le(s) médicaments(s) prescrit(s) dans son(leur) emballage d'origine, et fournir l'ordonnance tamponnée par le médecin sur laquelle figure la durée du traitement.
- 3) Décharge de toute responsabilité** le personnel communal qui administre le médicament.
- 4) Atteste** que la prise de médicament ne nécessite pas de formation spécifique pour les agents communaux.

Fait à ....., le .....

**Signatures(s) du ou des représentants légaux  
précédé(e)s de la mention « Lu et approuvé »**