

DÉCHARGE

Prise de médicaments

Je soussigné(e) (Nom - Prénom)

.....

Agit en tant que : père – mère – tuteur - autre

.....

De l'enfant (Nom –Prénom)

.....

- Demande et autorise l'équipe d'animation du Service Accueil Enfance et Jeunesse à administrer le ou les médicaments à notre enfant selon la prescription médicale ci-jointe.
- Atteste que les médicaments fournis sont de bonne composition et n'ont subi aucun dommage lié à un mauvais stockage.
- Déclare dégager de toute responsabilité le Service Accueil Enfance et Jeunesse suite à la prise du ou des médicaments.

Fait le

À