

# AUTORISATION PARENTALE

## Pour traitement ambulatoire à l'infirmierie Adressée au chef d'Etablissement

Je soussigné (e), Monsieur.....

Madame .....

Autorise l'infirmier(ère) de l'établissement :

Collège : .....

Lycée : .....

A être dépositaire du traitement de mon enfant :

NOM : .....

Prénoms : .....

Classe : .....

Et en assurer le suivi conformément à la prescription du Médecin :

NOM : .....

### IMPORTANT

**Joindre impérativement la photocopie de l'ordonnance.  
En l'absence de celle-ci, le traitement ne pourra être assuré**

Fait à

Le

Signatures des parents