

**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) :