

## Demande des parents

établie le .....

concernant :

**ÉLÈVE**

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

**ÉCOLE**

Ecole :

Adresse :

Téléphone :

Classe :

Je soussigné(e), ....., père, mère, tuteur, responsable  
(*rayez les mentions inutiles*), de l'enfant : .....

demande à :

de bien vouloir administrer à mon enfant les médicaments suivants :

conformément à l'ordonnance du Dr ..... jointe.

Signature