

VOYAGE – ECHANGE SCOLAIRE – COGNAC LEIPZIG
du 27 novembre au 6 décembre 2019

Des précisions concernant les divers traitements médicaux

Je soussignée) parents/tuteur légal de l'élève ;

Madame Nom :
Monsieur Prénom :

a) précise ici le traitement que doit prendre mon enfant en joignant obligatoirement une photocopie de l'ordonnance.

b) autorise le professeur responsable / la famille d'accueil

➤ à donner en cas de maux de tête le médicament suivant :
nom du médicament :
quantité à prendre :
fréquence :

➤ dans d'autres cas, préciser comme ci-dessus :
nom du médicament :
quantité à prendre :
fréquence :

Les professeurs tiennent à préciser qu'ils ne donneront aucun médicament qui n'aura auparavant été prescrit par un médecin ou conseillé par les parents ou le tuteur de l'élève.

Signature des parents ou du tuteur :