



ASSOCIATION D'EDUCATION POPULAIRE DE L'AUBE

**AUTORISATION PARENTALE ET DECHARGE DE REPONSABILITE
POUR LA PRISE PONCTUELLE DE MEDICAMENTS SUR LE SEJOUR
ETE 2026**

Je soussigné(e),représentant légal de
l'enfant :né(e) le.....,
sur le séjour de la base de.....duau.....

Autorise :

☐ Traitement facultatif (pastille pour la gorge, gouttes...)

A administrer le ou les médicament(s) nécessaire(s) à la santé de notre enfant selon des conditions précises :..... Laisser les médicaments dans son emballage d'origine avec sa notice. Indiquer le nom et prénom de l'enfant sur l'emballage

☐ Traitement médical, paracétamol et aspirine

A m'engager pour cela à donner à l'équipe d'animation le(s) médicament(s) prescrit(s) dans son(leur) emballage d'origine, et fournir **l'ordonnance tamponnée par le médecin** sur laquelle figure la durée du traitement. Indiquer le nom et prénom de l'enfant sur l'emballage

Fait à, le

Signature des représentants légaux

Précédés de la mention « Lu et approuvé »