

**TRAITEMENT MEDICAL**

J'autorise le personnel de l'AES de Villorsonnens à donner à mon enfant

\_\_\_\_\_ (prénom et nom) le traitement suivant :

➤ Nom du médicament : \_\_\_\_\_

➤ Posologie(quantité) : \_\_\_\_\_

Le matin avant l'école

À midi  Avant le repas  Pendant le repas  Après le repas

Après l'école

➤ Durée du traitement du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

➤ Traitement demandé par le médecin : oui  non

➤ Si oui, merci de joindre une attestation du médecin

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_