

**ANNEXE 3 / MAIRIE DE RONQUEROLLES**

**AUTORISATION PARENTALE DE DECHARGE DE RESPONSABILITE POUR LA PRISE PONCTUELLE DE MEDICAMENTS SUR LE TEMPS PERISCOLAIRE ANNEE 2024-2025**

(à conserver et à utiliser uniquement en cours d'année, en cas de besoin)

Je soussigné(e)....., représentant légal de l'enfant :....., né(e) le .....

en classe de :....., fréquentant le service de restauration scolaire, demande

et autorise les personnels de la commune :

1/ A administrer le ou les médicament(s) nécessaire(s) à la santé de notre enfant et prescrit(s) par le médecin traitant sur le temps périscolaire sur la période de :

Du..... au .....

- Nom du médicament : .....
- Posologie (à indiquer sur la boîte) : .....
- Nom du médicament : .....
- Posologie (à indiquer sur la boîte) : .....

2/ M'engager pour cela à donner au personnel communal 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.

3/ Décharge de toute responsabilité le personnel communal qui administre le traitement.

4/ Atteste que la prise de médicament ne nécessite pas de formation spécifique pour les agents communaux.

Fait à Ronquerolles, le .....

Signature(s) du ou des représentants légaux

Précédée(s) de la mention « lu et approuvé »