

Rue de l’Eglise, 13

5377 Heure

086/ 32 25 35

Fax 086/ 40 15 44

[sommeleuze@ecoles.cfwb.be](mailto:sommeleuze@ecoles.cfwb.be)

Je soussigné(e) ……………………………………………………………………………………………………

Personne responsable de ……………………………………………………………………………………..

Déclare avoir expressément demandé aux enseignants et/ou au personnel de l’école d’administrer le(s) médicament(s) suivant(s) à mon enfant (indiquer les doses et les moyens d’administrer le traitement :

……………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………..

Je décharge l’école de toute responsabilité en cas de souci lié à l’administration de ce traitement

Fait à …………………………………………, le …………………………………………..

Signature