



Association L'Ile aux Corbeaux

Direction administrative
Route de St-Marcel 2
Case Postale 100
1373 Chavornay
024 552 13 73

AUTORISATION POUR LES MEDICAMENTS

Année scolaire 2025/2026

☐ UAPE Les Pies ☐ UAPE Les Corbeaux ☐ UAPE Les Grenouilles ☐ UAPE Les Tortues

Nom et prénom de l'enfant : _____

Nom du médicament : _____

Posologie (inclure une mesurette SVP) _____

Heure de la prise du médicament : _____

Avant ou après le repas : _____

Où conserver le médicament (frigo ou air libre) : _____

Durée du traitement : _____

J'autorise l'équipe éducative à administrer ce médicament à mon enfant durant ses jours de fréquentation à l'UAPE mentionnée en en-tête.

Le médicament est transmis dans son emballage d'origine et avec le mode d'emploi, l'éventuelle mesurette, ainsi que la posologie.

Veuillez inscrire le nom et prénom de votre enfant sur l'emballage du médicament.

Aucun médicament ne sera donné sans ce document (voir règlement).

Lieu : _____

Signature du parent : _____

Date : _____

Nom et prénom : _____

A remplir par l'éduc

Prénom :

Date :

Signature :