



**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 2026/2027

☐ 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 : .....