Identité

A ………………………………, le ………………………………….

Adresse

Je soussigné(e)/ nous soussignons, …………………………………………………………………………….., père/mère/parents de …………………………………………..scolarisé en classe de …………………………………….., autorise/autorisons les membres de l’équipe éducative, chef d’établissement, enseignants, salariés, AESH, à donner, en suivant le protocole décrit dans le PAI, les médicaments nécessaires à la santé de mon enfant.

 Signature(s)