A tous les parents d'élèves
****

N/Réf. BS/MT - MÉDICAMENT

OBJET : Médicaments de 1ers soins

Pierrefonds, le (date de la poste).

Madame, **M**onsieur,

Vous trouverez sur le coupon-réponse ci-dessous, la liste des médicaments mis à la disposition des élèves de l' **I**nstitut pour cette année scolaire.

Afin d'éviter toute contre indication malencontreuse, nous vous demandons de bien vouloir nous indiquer ceux dont vous autorisez l'utilisation par votre enfant ; nous ne pourrions proposer de médicament sans un accord explicite de votre part.

Espérant votre compréhension, nous vous prions d'agréer, **M**adame, **M**onsieur, l'expression de nos sentiments dévoués.

Bernard **SMESSAERT**
Directeur

----✂----

AUTORISATION DE MISE À DISPOSITION DE MÉDICAMENT
(à compléter et à nous retourner au plus tard le jour de la rentrée)

Je soussigné ....., responsable légal de l'enfant

(NOM, PRÉNOM, CLASSE) ....., autorise l' Institut Charles Quentin à mettre à la disposition de mon fils - ma fille, élève de la classe de. pour l'année scolaire **20….. /20…..**, les médicaments ci-dessous :

Médicaments :		**Accord** oui / non(*)
DOLIPRANE	(maux de tête)	
LYSOPAÏNE	(maux de gorge)	
SPASFON	(digestion)	
HEMOCLAR	(pommade coups)	
PRIMPERAN	(vomissements)	
NIFLURIL	(pommade musculaire)	

(*) l'accord de mise à disposition se formalise par un "oui" devant les médicaments autorisés ; un "non" ou l'absence de réponse implique un refus de mise à disposition.

Fait à ..... le .

Signature,