



COMMUNES DE

BRETTNACH – CHATEAU-ROUGE – OBERDORFF – TROMBORN – VOELFLING-LES-BOUZONVILLE

**SERVICE GARDERIE - PERISCOLAIRE**

**DEMANDE PARENTALE**

**SUIVI DE TRAITEMENT MEDICAL**

Je soussigné(e).....

Parent ou tuteur légal de l'enfant :.....

Né(e) le :.....

Fréquentant l'école de :.....

En classe de :.....

Fréquentant la garderie – périscolaire aux dates suivantes :

.....

Demande aux personnels en charge du temps périscolaire à **administrer, suivant la prescription (joindre impérativement la prescription lisible et détaillée du médecin), le ou les médicaments à mon enfant.**

Je m'engage à faire connaître immédiatement toute modification de traitement.

Fait à ....., le.....

Signature des parents ou du tuteur légal

Tel périscolaire : 09 62 05 68 30

Josiane : 06 36 12 96 12

Mail : [peris.voelfling@orange.fr](mailto:peris.voelfling@orange.fr)

Site Internet : <https://perivoelfling.wixsite.com/mairie>