



INSTITUT NATIONAL
DE FOOTBALL
CLAIREFONTAINE



AUTORISATION D'ADMINISTRATION DE MEDICAMENTS

Je soussigné(e), M. / Mmeagissant en
qualité de père/mère/tuteur de l'enfant,
autorise l'équipe pédagogique de l'INF à administrer le ou les
médicaments suivants : (ex doliprane).....à mon
enfant en cas de fièvre ou de maux de tête sur la/les journée(s) du
concours d'entrée à l'INF Clairefontaine 2026/2027.

ETAT DE SANTE - REGIME ALIMENTAIRE

Votre fille souffre-t-elle d'allergies :

- Respiratoires Oui (.....) Non
- Cutanées Oui (.....) Non
- Alimentaires Oui (.....) Non
- Médicamenteuse Oui (.....) Non

Si oui : Précisez les traitements et les précautions particulières à
prendre :

.....
.....
.....

Numéro à contacter en cas d'urgence : .. /.. /.. /.. / ..

Fait, le...../...../.....

Signature du responsable légal