



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 fils souffre-t-il 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