



**Lycée français A.B.B.  
Luanda, Angola**



## **INFIRMERIE**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

Demande à ce que la prescription médicale ci-jointe soit administrée à mon enfant par l'infirmière de l'établissement:

\_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_

A cet effet, je lui confie le traitement pour la durée indiquée sur l'ordonnance.

Fait à Luanda, le \_\_\_\_\_

Signature