

Autorisation administration médicaments

Nom et prénom de l'enfant :

.....

Nom du médicament :

.....

Quantité à administrer :

Date(s) (jour/mois/année) et moment(s) auxquels le médicament doit être administré :

Du/...../.....au/...../.....

Matin Midi Après-midi

Le médicament doit être administré (veuillez cocher la case souhaitée) :

Avant le repas Pendant le repas Après le repas

J'autorise l'équipe éducative à administrer le médicament susmentionné selon la posologie inscrite.

Remarque :

Fait à, le

Signature