

Autorisation pour administration de médicaments

Nom et prénom de l'enfant :

Nom du médicament :

Quantité à administrer :

Instructions particulières :

Le médicament doit être administré : du / / au / /

☐ Matin

☐ Midi

☐ Après-midi

J'autorise l'équipe éducative à administrer le médicament susmentionné et fourni par mes soins, selon la posologie inscrite.

Fait à, le

Signature du parent :

Document à transmettre à l'équipe éducative, accompagné du ou des médicaments.