

## UAPE DES VACANCES

### Autorisation pour l'administration de médicaments

Nom et prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Nom du/des médicament(s) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Période d'administration : du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Moment(s) de la prise :  Matin  
 Midi  
 Après-midi

Dose et indications d'administration (quantité, fréquence, modalités particulières) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Instructions particulières (précautions, conservation, etc.) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**⚠ Important : Aucun médicament dépassé de date ne sera administré aux enfants.**

J'autorise l'équipe éducative à administrer le(s) médicament(s) mentionné(s) dans ce document, conformément aux indications que j'ai fournies.

Je m'engage à informer la structure d'accueil de toute modification relative aux informations communiquées dans le présent document.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature du parent/représentant légal : \_\_\_\_\_

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