

Autorisation d'administration de médicaments

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Nom du médicament				
Posologie				
À administrer le :	Matin	Midi	Goûter	Soir
Période d'administration	Du au			
Prescription	Médicale		Automédication	

Nom du médicament				
Posologie				
À administrer le :	Matin	Midi	Goûter	Soir
Période d'administration	Du au			
Prescription	Médicale		Automédication	

Nom du médicament				
Posologie				
À administrer le :	Matin	Midi	Goûter	Soir
Période d'administration	Du au			
Prescription	Médicale		Automédication	

J'autorise l'accueillant-e à administrer le médicament susmentionné selon les indications décrites par mes soins.

Lieu et date :

Signature du parent :