

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 ou dont le dosage n'est pas inscrit sur le récipient 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.