



Formulaire d'autorisation d'administration de médicaments

| Données relatives à l'enfant | |
|------------------------------|--|
| Nom | |
| Prénom | |

| | |
|--|----------------------------|
| Nom du médicament | |
| Posologie | |
| Heures d'administration | |
| Durée du traitement | Du au |
| Date et heure de la dernière prise du médicament à la maison | |
| Conservation du médicament | |
| Remarques | |

Date :

Signature du parent :

- Le médicament sera accepté uniquement dans son emballage d'origine.
- L'automédication (traitement non prescrit par un médecin) doit se faire à la maison et sous la responsabilité des parents! La structure n'entre pas en matière !

Contrôle de l'administration du médicament par l'équipe éducative :

| Date | Nom du médicament | Heure | Signature |
|------|-------------------|-------|-----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |