

AUTORISATION MÉDICAMENT

Nom de l'enfant : _____
Site : _____
Nom du médicament : _____

Période d'autorisation d'administration du médicament

Date de début : _____
Date de fin : _____

POSOLOGIE

Jour	Heure	Dose	Commentaire
Lundi			
Mardi			
Mercredi			
Jeudi			
Vendredi			

Signature du Responsable des soins de santé

Initiales : _____

IMPORTANT : J'autorise la personne responsable des soins de santé, ou la personne qu'elle désigne, à administrer le médicament ci-haut mentionné à mon enfant.

Signature de la personne autorisée : _____
Lien avec l'enfant : _____
Date : _____