

## 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 : \_\_\_\_\_