

Autorisation pour l'administration d'un médicament

NOM DE L'ENFANT: _____

Tous les médicaments doivent être apportés dans leur contenant original, et la prescription doit être inscrite sur le contenant.

Date	Heure	Nom du médicament	<u>SIGNATURE</u> de la personne qui l'a administré

AUTORISATION PARENTALE

J'autorise _____
(Nom de la RSG)

à donner à _____
(Nom de l'enfant)

le médicament _____ selon la posologie _____
(Nom du médicament) (posologie)
prescrite par le médecin.

Heure d'administration : _____

Durée de l'autorisation: De _____ à _____
(Jour/Mois/Année) (Jour/Mois/Année)

Signature du parent

Date