

# 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