

## ADMINISTRATION DE MEDICAMENTS AU CENTRE DE L'ENFANCE

A remplir par les parents

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance :

J'autorise l'administration du/des médicament(s) suivant(s) à mon enfant, selon la posologie indiquée:

Nom du médicament	Dosage	Dernière prise	Fréquence / heures	Jusqu'au	Mode d'administration	Conservation au frigo	Ordonnance médicale
						<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
						<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
						<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Remarques :

Lieu et date:

---

Signature des parents ou du représentant légal :

---