

Autorisation

Pour administrer un médicament

Date de début: _____ date de fin : _____

Nom de l'enfant : _____

Nom du médicament : _____

Dose : _____

Heure : _____

Remarques : _____

Signature du parent : _____

P.S. ne pas oublier de l'inscrire dans le registre des médicaments.

Autorisation

Pour administrer un médicament

Date de début: _____ date de fin : _____

Nom de l'enfant : _____

Nom du médicament : _____

Dose : _____

Heure : _____

Remarques : _____

Signature du parent : _____

P.S. ne pas oublier de l'inscrire dans le registre des médicaments.

Autorisation

Pour administrer un médicament

Date de début: _____ date de fin : _____

Nom de l'enfant : _____

Nom du médicament : _____

Dose : _____

Heure : _____

Remarques : _____

Signature du parent : _____

P.S. ne pas oublier de l'inscrire dans le registre des médicaments.