



## Autorisation parentale pour l'administration d'un médicament

Si votre enfant doit recevoir un médicament en raison d'un problème de santé particulier, il est indispensable de nous transmettre toutes les informations nécessaires. Veuillez également vous assurer que les indications fournies sont conformes au libellé figurant sur l'étiquette de la pharmacie.

Nom et Prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Nom et Prénom du parent : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Nom du médicament	Posologie ( <i>dose, fréquence, heure, mode d'administration</i> )	Durée administration du médicament	Conservation	Signature de l'éducateur
		du : au :	<input type="checkbox"/> Armoire <input type="checkbox"/> Réfrigérateur	
		du : au :	<input type="checkbox"/> Armoire <input type="checkbox"/> Réfrigérateur	
		du : au :	<input type="checkbox"/> Armoire <input type="checkbox"/> Réfrigérateur	
		du : au :	<input type="checkbox"/> Armoire <input type="checkbox"/> Réfrigérateur	

Date et signature du/des parent(s) / responsable(s) légal (-aux)

\_\_\_\_\_