



Autorisation d'administrer un médicament

**Ce formulaire doit être rempli pour chaque médicament.*

Nom et prénom de l'enfant : _____

Nom du médicament : _____

Posologie : _____

Heure où le médicament doit être administré : _____

Durée du traitement : du _____ au _____

Préscrit par le médecin ? oui non

Remarque :

Par la présente, j'autorise le personnel de l'Association Les Trolls en Tablier Bleu à administrer, à mon enfant, le médicament susmentionné, selon la posologie déterminée et aux heures indiquées.

Date, signature du parent ou du tuteur : _____



Autorisation d'administrer un médicament

**Ce formulaire doit être rempli pour chaque médicament.*

Nom et prénom de l'enfant : _____

Nom du médicament : _____

Posologie : _____

Heure où le médicament doit être administré : _____

Durée du traitement : du _____ au _____

Préscrit par le médecin ? oui non

Remarque :

Par la présente, j'autorise le personnel de l'Association Les Trolls en Tablier Bleu à administrer, à mon enfant, le médicament susmentionné, selon la posologie déterminée et aux heures indiquées.

Date, signature du parent ou du tuteur : _____