

Autorisation d'administrer un médicament

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

Nom et prénom de l'enfant : _____

UAPE de : _____

POSOLOGIE

Nom du médicament : _____

Quantité à administrer : _____

Heures d'administration [au milieu de garde] : _____

Durée du traitement : _____

A REMPLIR PAR LA PROFESSIONNELLE LORS DE L'ADMINISTRATION DU MEDICAMENT

DATE	HEURE	QUANTITE	ADMINISTRE PAR

Merci d'inscrire le nom et prénom de votre enfant sur le médicament.

Par la présente, j'autorise le personnel de l'UAPE« ONDINE » à administrer à mon enfant le médicament susmentionné selon la posologie déterminée et aux heures indiquées.

Lieu et date : _____

Signature du parent ou représentant légal : _____

Ce formulaire doit être conservé dans le dossier de l'enfant.

