



## Autorisation d'administrer un médicament

Ce formulaire doit être rempli pour chaque médicament

### Enfant

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... UAPE : .....

### Posologie

***Voir point 10 des Directives d'applications du Règlement de l'accueil de jour de l'ASICC***

Nom du médicament :

.....

Quantité à administrer :

.....

Heures d'administration (durant le temps de l'UAPE) :

.....

Durée du traitement :

.....

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

Par la présente, j'autorise le personnel de Ondîne à administrer à mon enfant le médicament susmentionné selon la posologie déterminée et aux heures indiquées. Je donne entière décharge à Ondîne en cas d'oubli ou d'erreur de l'administration du médicament.

Date : .....

Signature : .....

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



**A remplir par l'équipe éducative  
lors de l'administration du médicament**

Date	Heure	Quantité	Administré par

Date : .....

Visa/signature : .....