



Formulaire d'autorisation d'administration de médicaments

Données relatives à l'enfant				
Nom :		Prénom :		
Médicament à administrer :				
Nom du médicament :				
Durée du traitement	JUSQU'AU :			
Posologie	Prise n° 1	Prise n°2	Prise n°3	Prise n°4
Horaire :				
Dosage :				
Mode d'administration : (ex. durant le repas, après...)				
Visa du personnel de la structure :				

Médicament à administrer :				
Nom du médicament :				
Durée du traitement :	JUSQU'AU			
Posologie	Prise n° 1	Prise n°2	Prise n°3	Prise n°4
Horaire :				
Dosage :				
Mode d'administration : (ex. durant le repas, après...)				
Visa du personnel de la structure :				

5. Décharge de responsabilité du parent vis-à-vis de la structure

Par sa signature, le parent autorise le personnel de la structure à administrer le médicament à son enfant et les décharge de toute responsabilité. Il atteste que les données sont correctes et complètes.

Date :		Signature :	
--------	--	-------------	--

