



## Autorisation pour l'administration de médicaments



Moi, \_\_\_\_\_ parent de \_\_\_\_\_

du groupe des \_\_\_\_\_, autorise le personnel de la Garderie du

Petit cheval blanc à administrer :

Du : \_\_\_\_\_

À partir du : \_\_\_\_\_ jusqu'au \_\_\_\_\_

Heures d'administration : \_\_\_\_\_

Dose recommandée par le médecin : \_\_\_\_\_

Commentaires (arrêter le traitement si) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Signature du parent)

\_\_\_\_\_  
(Jour / mois / année)

| Date | Heure d'administration | Nom de l'éducatrice |
|------|------------------------|---------------------|
|      |                        |                     |
|      |                        |                     |
|      |                        |                     |
|      |                        |                     |
|      |                        |                     |
|      |                        |                     |
|      |                        |                     |