

Autorisation du parent pour l'administration d'un médicament
Prescrit

Par la présente, j'autorise la RSG, ou le/ la remplaçant(e)

en cas d'urgence à donner à _____
Nom et prénom de l'enfant

Nom du médicament : _____

Posologie : _____

Fréquence et heure : AM : _____ PM : _____

Durée de la médication : du _____ au _____

Conservation du médicament : () Réfrigérer () Température pièce

Date

Signature du parent

Autorisation à conserver dans le dossier de l'enfant
Doit être inscrit à la fiche d'administration des médicaments

Manon/fiche médicament/Autorisation parentale

Autorisation du parent pour l'administration d'un médicament
Prescrit

Par la présente, j'autorise la RSG, ou le/ la remplaçant(e)

en cas d'urgence à donner à _____
Nom et prénom de l'enfant

Nom du médicament: _____

Posologie : _____

Fréquence et heure : AM : _____ PM : _____

Durée de la médication : du _____ au _____

Conservation du médicament : () Réfrigérer () Température pièce

Date

Signature du parent

Autorisation à conserver dans le dossier de l'enfant
Doit être inscrit à la fiche d'administration des médicaments

Manon/fiche médicament/Autorisation parentale