

AUTORISATION PARENTALE ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

Je soussigné(e) _____

délègue par la présente l'administration de médicaments au personnel de la Maison Relais.

Je délègue l'administration des médicaments suivants à mon enfant :

Nom de l'enfant : _____

Nom du médicament : _____

Le médicament doit être administré **du** _____ **au** _____

- Administration :**
- | | | | |
|--------------------------|------------------------|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | _____ comprimé/s | <input type="checkbox"/> | _____ globules |
| <input type="checkbox"/> | _____ cuillères à café | <input type="checkbox"/> | _____ cuillères à soupe |
| <input type="checkbox"/> | _____ ml | | |
| <input type="checkbox"/> | avant le repas de midi | | |
| <input type="checkbox"/> | avec le repas de midi | | |
| <input type="checkbox"/> | après le repas de midi | | |
| <input type="checkbox"/> | à _____ heures | | |

Le médicament doit être gardé au réfrigérateur : oui non

La copie de l'ordonnance médicale est à joindre obligatoirement.
Cette copie est indispensable pour que l'administration des médicaments puisse être garantie.

Schiffflange, le _____

Signature : _____