



## FORMULAIRE D'AUTORISATION POUR L'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

École : MARC-FAVREAU

Semaine du \_\_\_\_\_

Je demande au personnel du service de garde d'administrer le médicament suivant à mon enfant, selon la posologie indiquée :

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Période du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Nom du médicament : \_\_\_\_\_

Dose : \_\_\_\_\_

Fréquence et heure : \_\_\_\_\_

Signature du parent ou du titulaire de l'autorité parentale : \_\_\_\_\_

Inscription des médicaments administrés : \_\_\_\_\_

Dates, heures et initiales de la personne qui administre le médicament à l'enfant.

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ Initiales : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ Initiales : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ Initiales : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ Initiales : \_\_\_\_\_