



Autorisation d'administrer un médicament

*Ce formulaire doit être rempli pour chaque médicament.

Nom et prénom de l'enfant : _____

Nom du médicament				
Durée du traitement				
Posologie	Prise n°1	Prise n°2	Prise n°3	Prise n°4
Horaire :				
Dosage :				
Mode d'administration : (voie orale, nasale, etc.)				
Visa du personnel de la structure				

Par la présente, j'autorise le personnel de la crèche « La Mijonèta » à administrer à mon enfant le médicament susmentionné selon la posologie déterminée et aux heures indiquées.

Date : _____

Nom et prénom du parent ou du tuteur : _____

Signature : _____