

## AUTORISATION POUR L'ADMINISTRATION DE MEDICAMENTS

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

Maladie de l'enfant : \_\_\_\_\_

Poids de l'enfant : \_\_\_\_\_

Nom et posologie du médicament : \_\_\_\_\_

Durée du traitement : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

**(Joindre l'ordonnance médicale)**

Je soussigné (e) \_\_\_\_\_ donne l'autorisation au personnel de la crèche « la galipette » d'administrer le /les médicaments prescrits selon la posologie indiquée :

| Date | Nom du médicament | Dose à administrer | Heure à laquelle le médicament doit-être administré |  |  |  | Signature |
|------|-------------------|--------------------|-----------------------------------------------------|--|--|--|-----------|
|      |                   |                    |                                                     |  |  |  |           |
|      |                   |                    |                                                     |  |  |  |           |
|      |                   |                    |                                                     |  |  |  |           |
|      |                   |                    |                                                     |  |  |  |           |
|      |                   |                    |                                                     |  |  |  |           |

Conservation du médicament :

- ☐ Au frigo
- ☐ Température ambiante

Date :

Signature du représentant légal :