



Autorisation d'administrer un médicament

Nom et prénom de l'enfant : _____

Nom du médicament : _____

Posologie : _____

Heures à laquelle le médicament doit être administré : _____

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

Date : ____/____/____/_____

Jour/ Mois/ Année/ Signature du parent





Autorisation d'administrer un médicament

Nom et prénom de l'enfant : _____

Nom du médicament : _____

Posologie : _____

Heures à laquelle le médicament doit être administré : _____

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

Date : ____/____/____/_____

Jour/ Mois/ Année/ Signature du parent