



Autorisation – Administration de médicaments

**Nom et prénom de l'enfant:** \_\_\_\_\_

**Nom du médicament:** \_\_\_\_\_

**Quantité à administrer:** \_\_\_\_\_

**Date (jour- mois- année) et heure à laquelle le médicament doit être administré:**

Du ..... au .....

Heure(s): .....

**Le médicament doit être administré (cocher la mention souhaitée)**

- Avant le repas
- Pendant le repas
- Après le repas

J'autorise l'équipe éducative à administrer le médicament ci-haut mentionné, selon la posologie inscrite.

Date et signature du parent