

Administration ponctuelle de médicament

A remplir par les parents

Nom, Prénom de l'enfant	Poids actuel de l'enfant

J'autorise le personnel de l'EJC à administrer le/les médicaments suivants à mon enfant :

Nom du médicament	Posologie/Dosage	Période concernée (date du... au...)	Fréquence des prises	Mode d'administration	Conservation au frigo	Ordonnance médicale
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Remarques :

Lieu et date : _____

Signature des parents : _____