

Administration de médicaments

Nom et prénom du parent/représentant légal :

Nom et prénom de l'enfant :

Nom du médicament :

Posologie exacte :

Mode d'application :

Dates/durée de la prise du médicament :

Horaire(s) précis de la prise du médicament :

Conservation du médicament :

☐

En cochant cette case, je confirme donner l'autorisation au personnel de l'EJC d'administrer le médicament selon les indications transmises ci-dessus.

Signature et date :

Administration de médicaments

Nom et prénom du parent/représentant légal :

Nom et prénom de l'enfant :

Nom du médicament :

Posologie exacte :

Mode d'application :

Dates/durée de la prise du médicament :

Horaire(s) précis de la prise du médicament :

Conservation du médicament :

☐

En cochant cette case, je confirme donner l'autorisation au personnel de l'EJC d'administrer le médicament selon les indications transmises ci-dessus.

Signature et date :