

AUTORISATION POUR L'ADMINISTRATION DE MEDICAMENTS

Nom de l'enfant : _____

Maladie de l'enfant : _____

Je soussigné(e) _____

donne, par la présente, l'autorisation au personnel _____ de la Maison Relais Reisdorf
pour l'administration du/des médicaments prescrits selon la posologie indiquée :

Nom du médicament	Dose à administrer (nombre de comprimés, cuillères, sachets, mesures)	Fréquence (nombre de fois)	Nombre de jours du / au		Heure à laquelle le médicament doit être administré			

Conservation du médicament :

☐ au frigo

☐ à température ambiante

Date

Signature du représentant légal