



AUTORISATION POUR DONNER UN MÉDICAMENT

Nom et prénom de l'enfant : _____

Maladie : _____

Nom du médicament : _____

Posologie : _____

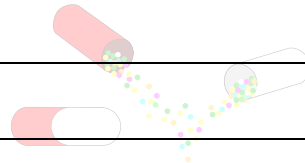
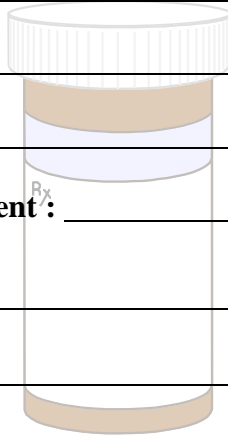
Quand donner le médicament : _____

Signature du parent : _____

Date : _____

Signature de l'éducatrice : _____

Heure à laquelle le médicament fut administré : _____



AUTORISATION POUR DONNER UN MÉDICAMENT

Nom et prénom de l'enfant : _____

Maladie : _____

Nom du médicament : _____

Posologie : _____

Quand donner le médicament : _____

Signature du parent : _____

Date : _____

Signature de l'éducatrice : _____

Heure à laquelle le médicament fut administré : _____

