FICHE D'ADMINISTRATION DES MEDICAMENTS

Nous, soussignés, demandons à la structure d'accueil de notre enfant d'administrer les médicaments suivants à notre enfant selon la posologie suivante:

NOM DE L'ENFANT:	*PRENOM DE L'ENFANT :*

Nom médicament	**1.**	**2.**	**3.**
Maladie concernée			
Posologie			
Fréquence/heure			
Période du… au…			
Dernière prise (à la maison)			
Remarques			
Mode conservation	☐ Armoire ☐ Réfrigérateur	☐ Armoire ☐ Réfrigérateur	☐ Armoire ☐ Réfrigérateur

Signature du responsable légal:

A remplir uniquement par le collaborateur de la structure :

DATE	HEURE	MEDICAMENT / DOSE ADMINISTRE	NOM ET SIGNATUIRE DU COLLABORATEUR	REMARQUES