FICHE D'ADMINISTRATION DES MEDICAMENTS

Nous, soussignés, demandons à la structure d'accueil de notre enfant d'administrer le médicament suivant à notre enfant selon la posologie suivante:

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

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

Signature éducateur/trice: _____ ***Signature du responsable légal:*** _____

DATE	HEURE	MEDICAMENT / DOSE ADMINISTRE	NOM DE L'EDUCATEUR/TRICE QUI L'A ADMINISTRE