

**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 Septfontaines
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		Heure à laquelle le médicament doit être administré			
			du	au				

Conservation du médicament :

au frigo

à température ambiante

Date

Signature du représentant légal
