



Structure d'accueil

Autorisation parentale pour l'administration de médicaments

Nom, prénom de l'enfant : _____

Nom, prénom du parent : _____

Âge de l'enfant : _____ Poids de l'enfant : _____

Description état de l'enfant avant arrivée en structure (symptômes) :

Nom du (des) médicament(-s) à administrer :

Dosage : _____

Heure(-s) : _____

Durée de l'autorisation : Du _____ Au _____

Dose(-s) déjà reçue(-s) à la maison : _____

Effet(-s) secondaire(-s) possible(-s), si connu(-s) :

Mode de conservation du (des) médicament(-s) :

En remplissant ce formulaire, j'autorise l'administration du (des) médicament(-s) mentionné(-s) ci-dessus par le personnel éducatif formé de la structure d'accueil. J'atteste également que les données sont correctes et complètes.

Date : _____

Signature : _____