



Commune d'Ardon

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 : _____