

AUTORISATION DU PARENT D'ADMINISTRER UN MÉDICAMENT

Par la présente, j'autorise l'É.M.F., l'assistante ou la remplaçante en cas d'urgence à donner à _____ la nom et prénom de l'enfant

médication suivante: _____ description du médicament

Prescrit par: _____ membre de la corporation professionnelle des médecins

Quantité prescrite: _____

aux heures suivantes: A.M. _____ P.M. _____

Soir: _____ Nuit _____

Durée de la médication: du _____ au _____

Date d'expiration du médicament: _____

Mode de conservation du médicament: () réfrigérer () tempér. pièce

Date

Signature du parent ou titulaire de l'autorité parentale

Autorisation à conserver dans le dossier de l'enfant. Doit être inscrit au registre.

Manon\Autorisation médicaments

AUTORISATION DU PARENT D'ADMINISTRER UN MÉDICAMENT

Par la présente, j'autorise l'É.M.F., l'assistante ou la remplaçante en cas d'urgence à donner à _____ la nom et prénom de l'enfant

médication suivante: _____ description du médicament

Prescrit par: _____ membre de la corporation professionnelle des médecins

Quantité prescrite: _____

aux heures suivantes: A.M. _____ P.M. _____

Soir: _____ Nuit _____

Durée de la médication: du _____ au _____

Date d'expiration du médicament: _____

Mode de conservation du médicament: () réfrigérer () tempér. pièce

Date

Signature du parent ou titulaire de l'autorité parentale

Autorisation à conserver dans le dossier de l'enfant. Doit être inscrit au registre.

Manon\Autorisation médicaments