

Nom de l'enfant : _____

Maladie de l'enfant : _____

Je soussigné(e) _____

donne, par la présente, l'autorisation au personnel de la Maison Relais MAMER
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)	Heure à laquelle le médicament doit être administré			

"Les personnes ayant l'autorité parentale libèrent le personnel éducatif de toute responsabilité en ce qui concerne des problèmes de santé ou des lésions chez l'enfant causés par l'administration de médicaments, l'application d'ordonnances, la mesure des fonctions corporelles ou bien la surveillance et l'application des régimes alimentaires"

Conservation du médicament : au frigo à température ambiante

L'enfant doit prendre le/les médicaments à partir d'aujourd'hui ___ / ___ / ___ jusqu'au ___ / ___ / ___

Signature