# AUTORISATION D'ADMINISTRER UN MÉDICAMENT

**ÉCOLE :** _____

**SEMAINE DU :** _____

Je demande au personnel du service de garde d'administrer le médicament suivant à mon enfant, selon la posologie indiquée.

**Nom de l'enfant :** _____

**Période : du**_____ **au**_____

**Nom du médicament :** _____

**Dose :** _____

**Fréquence et heure :** _____

**Signature du parent :** _____

---

**Espace réservé au service de garde**

Date, heure et initiales de la personne qui administre le médicament à l'enfant

date :_____ heure :_____ initiales :_____
date :_____ heure :_____ initiales :_____
date :_____ heure :_____ initiales :_____
date :_____ heure :_____ initiales :_____
date :_____ heure :_____ initiales :_____
date :_____ heure :_____ initiales :_____
date :_____ heure :_____ initiales :_____
date :_____ heure :_____ initiales :_____