

# PROTOCOLE AUTORISATION D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENT

Prénom :	Nom du médicament :
Nom :	
Pathologie :	Posologie :
Poids de l'enfant :	Date et durée du traitement :
Heure exacte pour l'administration :	Signature du parent : _____
	Signature de l'éducatrice : _____
Remarque :	Donné le médicament : Heure : _____ Visa : _____ Heure : _____ Visa : _____ Heure : _____ Visa : _____ Heure : _____ Visa : _____