

AUTORISATION MEDICAMENT

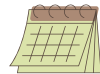
PRENOM ET NOM DE L'ENFANT

1



DATE ET HEURE DE PRISE DE MEDICAMENT

2



POIDS DE L'ENFANT

3



POSOLOGIE

4



MOTIF DU MEDICAMENT ET NOM DU MEDICAMENT

5



SIGNATURE PARENT

6



MEDICAMENT DONNE

7

- Heure :
- Heure :
- Heure :
- Heure :
- Heure :
- Heure :
- Heure :
- Signature :
- Signature :
- Signature :
- Signature :
- Signature :
- Signature :
- Signature :

