



AUTORISATION MÉDICALE

NOM DE L'ENFANT : _____

NOM DU PARENT : _____

NOM DU MÉDICAMENT : _____

DATE DE LA PREMIÈRE DOSE : _____

POSOLOGIE : _____

FRÉQUENCE : _____

AU SERVICE DE GARDE : _____

DURÉE DU TRAITEMENT : _____

MODE DE CONSERVATION : _____

RAISON DE LA PRESCRIPTION : _____

J'autorise la personne responsable du service de garde à administrer le médicament mentionné ci-dessus selon la posologie décrite plus haut.

DATE : _____

SIGNATURE DU PARENT : _____

SIGNATURE DE LA RESPONSABLE : _____