

Fiche médicale



Par la présente je soussigné(e), _____, parent/tuteur de l'enfant _____ autorise le personnel de la Maison Relais à administrer le(s) médicament(s) suivant(s) :

Nom du médicament :	_____
Heure de prise :	_____
Dosage :	_____
Le médicament doit être conservé au frigo :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Durée de la prise du médicament :	du _____ au _____ inclus

Nom du médicament :	_____
Heure de prise :	_____
Dosage :	_____
Le médicament doit être conservé au frigo :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Durée de la prise du médicament :	du _____ au _____ inclus

Nom du médicament :	_____
Heure de prise :	_____
Dosage :	_____
Le médicament doit être conservé au frigo :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Durée de la prise du médicament :	du _____ au _____ inclus

Nom du médicament :	_____
Heure de prise :	_____
Dosage :	_____
Le médicament doit être conservé au frigo :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Durée de la prise du médicament :	du _____ au _____ inclus

_____, le _____ (Localité) _____ (Date) _____ (Signature)

Veillez s.v.p. remettre cette fiche au personnel éducatif du groupe, sinon l'administration du médicament est refusée.

