



Décharge de responsabilité pour la prise de médicaments

Nom de l'enfant : _____

Prénom de l'enfant : _____

Par ce document j'autorise l'équipe éducative à donner le médicament suivant :

Nom du médicament : _____

Posologie : _____

Durée et heure du traitement : _____

Date : _____

Signature des parents :

.....

A compléter par la structure svp

Donné par : _____

Heure : _____

Signature : _____