

AUTOMÉDICATION DEMANDÉE PAR LES PARENTS

Nom, prénom et date de naissance de l'enfant :

Nom et prénom de l'accueillante :

Nom du médicament :

Dosage / posologie :

Fréquence / heure(s) de prise du médicament :

Durée du traitement :

Remarque :

J'autorise l'accueillante à administrer ce médicament à mon enfant durant toute la durée du traitement pendant les jours de fréquentation et la décharge de toute responsabilité. J'atteste que les informations fournies sont complètes et correctes.

Le médicament est transmis **dans son emballage d'origine avec le doseur, le nom/prénom de l'enfant et les indications nécessaires pour la prise du médicament.**

Lieu et date :

Signature du parent :

.....

.....