

## AUTOMÉDICATION DEMANDÉE PAR LES PARENTS

Selon les circonstances, la direction de la structure se réserve le droit de refuser de donner une automédication.

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

Nom du lieu d'accueil :

Nom du médicament :

Dosage / posologie :

Fréquence / heure(s) de prise du médicament :

Date de début du traitement :

Durée du traitement (**trois jours maximum**) :

Remarque :

J'autorise l'équipe éducative à administrer ce médicament à mon enfant durant toute la durée du traitement pendant les jours de fréquentation dans la structure d'accueil 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 la notice d'utilisation originale, le nom/prénom de l'enfant et les indications nécessaires pour la prise du médicament.**

Lieu et date :

Signature du parent :

.....

.....