

Autorisation de médication



Nom et prénom de l'enfant :

	Médicaments	Dosages	Heures				Repas			Frigo	
1							Avant	Pendant	Après		
2											
3											
4											
Réserve :			En cas de :								

A donner : Ce jour Jusqu'au (Date)

Maladie de l'enfant :

Votre enfant a-t-il reçu un traitement avant son arrivée : Oui : Non :

Nom du médicament reçu/dosage :, Heure :,

Date et signature des parents :,

Les médicaments sont sous la responsabilité des parents, merci de les reprendre le soir.

Le traitement a été administré à la crèche ? Oui : Non :

Date et signature des professionnels : 1/....., 2/.....,

Autorisation de médication



Nom et prénom de l'enfant :

	Médicaments	Dosages	Heures				Repas			Frigo	
1							Avant	Pendant	Après		
2											
3											
4											
Réserve :			En cas de :								

A donner : Ce jour Jusqu'au (Date)

Maladie de l'enfant :

Votre enfant a-t-il reçu un traitement avant son arrivée : Oui : Non :

Nom du médicament reçu/dosage :, Heure :,

Date et signature des parents :,

Les médicaments sont sous la responsabilité des parents, merci de les reprendre le soir.

Le traitement a été administré à la crèche ? Oui : Non :

Date et signature des professionnels : 1/....., 2/.....,