



Autorisation d'administration du médicament

(une fiche par médicament !!)

Nom et prénom de l'enfant : _____

Nom du médicament à administrer à la Maison Relais SEAS 20190304 :

Début du traitement : ____/____/____ (Jour/mois/année)

Fin du traitement : ____/____/____ (Jour/mois/année)

Dose exacte par prise : _____

Mode d'application : _____

(Le personnel n'est pas autorisé à faire des injections)

Horaire précis d'administration :

- Avant le repas à _____ heures
- Après le repas à _____ heures
- Pendant le repas
- Après-midi avant le goûter à _____ heures
- Après-midi après le goûter à _____ heures
- Pendant le goûter

Date : ____/____/____ signature : _____

Nom et prénom du signataire : _____

La fiche doit être remplie entièrement et une copie de la prescription médicale doit être jointe obligatoirement pour prendre effet.