



Crèche « Les Diablotins »

Autorisation d'administrer un médicament

***Ce formulaire doit être rempli pour chaque médicament.**

Nom et prénom de l'enfant : _____

Nom du médicament : _____

Posologie : _____

Heures où le médicament doit être administré : _____ , _____ ,

Par la présente, j'autorise le personnel de la crèche « Les Diablotins » à administrer à mon enfant le médicament susmentionné selon la posologie déterminée et aux heures indiquées.

Date : ____ / ____ / ____

Année/ Mois/ Jour Signature du parent ou du tuteur

✂-----

Fiche des médicaments administrés

Inscrivez la date et indiquez les heures où le médicament est administré. La personne qui administre le médicament à l'enfant doit inscrire ses initiales dans la case appropriée.

Date **HEURES DE LA PRISE DU MÉDICAMENT**

Année/Mois/Jour Heure Initiales Heure Initiales Heure Initiales Commentaires

Date : ____ / ____ / ____

Date **HEURES DE LA PRISE DU MÉDICAMENT**

Année/Mois/Jour Heure Initiales Heure Initiales Heure Initiales Commentaires

Date : ____ / ____ / ____

Fin de la prise du médicament

La prise du médicament a pris fin le : ____ / ____ / ____

Année / Mois / Jour

Signature du parent ou du tuteur

Signature de l'éducatrice

Ce formulaire doit être conservé dans le dossier de l'enfant.