



ASSOCIATION D'ACCUEIL
DE L'ENFANCE D'EPALINGES

AUTORISATION D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Nom du médicament				
Posologie				
A administrer le :	Matin	Midi	Goûter	Soir
Période d'administration	Du.....au.....			
Prescription	Médicale		Automédication	

Nom du médicament				
Posologie				
A administrer le :	Matin	Midi	Goûter	Soir
Période d'administration	Du.....au.....			
Prescription	Médicale		Automédication	

Nom du médicament				
Posologie				
A administrer le :	Matin	Midi	Goûter	Soir
Période d'administration	Du.....au.....			
Prescription	Médicale		Automédication	

J'autorise l'accueillante à administrer le médicament susmentionné selon les indications décrites .

Lieu et date :

Signature du parent :