AUTORISATION D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS **PRESCRITS**

NOM DE L'ENFANT : _____

NOM DU MÉDICAMENT : _____

Date de péremption : _____

Nom du médecin : _____ Téléphone : _____

Dose (quantité) : _____

Fréquence (quand) : _____

Entreposage : _____

Effets secondaires possibles : _____

Commencer (date) : _____/_____/_____ (jour mois année) Terminer (date) : _____/_____/_____ (jour mois année)

Cesser l'utilisation du médicament si vous observez les réactions suivantes :

_____

J'autorise _____ (nom de la responsable de garde) à administrer les médicaments à mon enfant conformément aux directives citées plus haut.

Pour les cas d'asthme et d'allergie avec épipen seulement

J'autorise mon enfant à s'administrer lui-même : ses pompes pour asthme en cas d'urgence ☐
son épipen en cas d'urgence ☐

Date : _____/_____/_____ (jour mois année) Signature du parent : _____

Registre d'administration des médicaments

DATE	HEURE	QUANTITÉ	SIGNATURE DE LA RESPONSABLE DE GARDE	OBSERVATONS

Suite au verso ⇨

Registre d'administration des médicaments (suite)

DATE	HEURE	QUANTITÉ	SIGNATURE DE LA RESPONSABLE DE GARDE	OBSERVATONS

N.B. Faire parvenir ce rapport à La Maisonnée à la fin du mois.