AUTORISATION POUR MÉDICAMENT PRESCRIT ET ACÉTAMINOPHÈNE

NOM DU JEUNE:

NUMÉRO DE GROUPE:

UNITÉ:

NOM DU MÉDICAMENT:

POSOLOGIE:

QUANTITÉ: FRÉQUENCE:

DU: AU:

NOM DU MÉDECIN:

TÉLÉPHONE:

RÉACTION POSSIBLE AU MÉDICAMENT:

J'AUTORISE LES ANIMATEURS DE L'UNITÉ À ADMINISTRER LE MÉDICAMENT CI-HAUT MENTIONNÉ SELON LA POSOLOGIE PRESCRITE.

SIGNATURE DU PARENT

ADMINISTRATION DU MÉDICAMENT

DATE	HEURE	QUANTITÉ	SIGNATURE