

**AUTORISATION D'ADMINISTRER
DES MEDICAMENTS**

Je soussigné, (Madame, Monsieur)

.....

Père Mère, de l'enfant

.....

Autorise : Mme/Mr.....

Assistant(e) Maternel(le)

A donner à notre enfant :

- Nom du médicament :
- Heure de délivrance :
- Quantité :
- Du (date) :/...../..... Au/...../.....

Avec ordonnance du médecin ci-joint (OBLIGATOIRE)

Fait à

Le

Signature des parents