

# Autorisation parentale

Par la présente, je soussigné(e) (Nom, Prénom)

autorise le personnel de la Maison Relais Spillschoul de  
donner la médication ci-dessous à mon enfant (Nom, Prénom)



Nom du médicament	
Dosage exact à administrer	
Mode d'application du médicament	
Les heures exactes pour l'administration du médicament	.... H ....
La durée pendant laquelle l'enfant doit prendre le médicament	Du ..... au .....
Les consignes pour la conservation du médicament	

**L'ordonnance médicale doit être jointe à cette autorisation**

**Remarques : le médicament doit être dans sa boîte original avec la notice et le l'enfant dessus .**



\_\_\_\_\_  
SIGNATURE

	Détails médicaments	Administré par
<b>Lundi :</b>	Voir fiche page 1	
<b>Mardi :</b>	Voir fiche page 1	
<b>Mercredi :</b>	Voir fiche page 1	
<b>Jeudi :</b>	Voir fiche page 1	
<b>Vendredi :</b>	Voir fiche page 1	

	Détails médicaments	Administré par
<b>Lundi :</b>	Voir fiche page 1	
<b>Mardi :</b>	Voir fiche page 1	
<b>Mercredi :</b>	Voir fiche page 1	
<b>Jeudi :</b>	Voir fiche page 1	
<b>Vendredi :</b>	Voir fiche page 1	

	Détails médicaments	Administré par
<b>Lundi :</b>	Voir fiche page 1	
<b>Mardi :</b>	Voir fiche page 1	
<b>Mercredi :</b>	Voir fiche page 1	
<b>Jeudi :</b>	Voir fiche page 1	
<b>Vendredi :</b>	Voir fiche page 1	