

Autorisation parentale

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

autorise le personnel de la Maison Relais Olm 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. <u>Remarques :</u> le médicament doit être dans sa boîte original avec la notice et le nom de l'enfant dessus . | |



SIGNATURE

| | Détails médicaments | Administré par |
|-------------------|---------------------|----------------|
| Lundi : | Voir fiche page 1 | |
| Mardi : | Voir fiche page 1 | |
| Mercredi : | Voir fiche page 1 | |
| Jeudi : | Voir fiche page 1 | |
| Vendredi : | Voir fiche page 1 | |

| | Détails médicaments | Administré par |
|-------------------|---------------------|----------------|
| Lundi : | Voir fiche page 1 | |
| Mardi : | Voir fiche page 1 | |
| Mercredi : | Voir fiche page 1 | |
| Jeudi : | Voir fiche page 1 | |
| Vendredi : | Voir fiche page 1 | |

| | Détails médicaments | Administré par |
|-------------------|---------------------|----------------|
| Lundi : | Voir fiche page 1 | |
| Mardi : | Voir fiche page 1 | |
| Mercredi : | Voir fiche page 1 | |
| Jeudi : | Voir fiche page 1 | |
| Vendredi : | Voir fiche page 1 | |