

Autorisation parentale

Par la présente, je soussigné(e) (nom, prénom)

autorise le personnel de la Maison Relais Kehlen 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 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	