



ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

Par la présente, j'autorise le personnel éducatif de la Maison Relais

d'administrer à mon enfant _____ pour la période du

___/___/20___ au ___/___/20___ (inclus) le(s) médicament(s) suivant(s):

Dénomination du médicament : _____

Quantité : _____ (comprimés/cuillères à café/sachets/mesures de ___ ml)

à prendre _____ fois par jour

quand _____ (avant/après/pendant le repas, heure)

Dénomination du médicament : _____

Quantité : _____ (comprimés/cuillères à café/sachets/mesures de ___ ml)

à prendre _____ fois par jour

quand _____ (avant/après/pendant le repas, heure)

Dénomination du médicament : _____

Quantité : _____ (comprimés/cuillères à café/sachets/mesures de ___ ml)

à prendre _____ fois par jour

quand _____ (avant/après/pendant le repas, heure)

Dénomination du médicament : _____

Quantité : _____ (comprimés/cuillères à café/sachets/mesures de ___ ml)

à prendre _____ fois par jour

quand _____ (avant/après/pendant le repas, heure)

Date et signature

