# <u>Service de garde N.D.L.</u>

## Formulaire d'autorisation d'administration

## des médicaments prescrits

J'autorise le personnel du service de garde à administrer le (les) médicaments décrits ci-dessous pour mon enfant : _____

| Nom du médicament | Voie d'administration | posologie | Signature du parent | date |
|---|---|---|---|---|
| 1) | | | | |
| 2) | | | | |
| 3) | | | | |
| 4) | | | | |

Remise du (des) médicament (s) aux parents le : _____/_____/_____ par :_____

Inscription des doses administrées :

| dates | Numéro du médicament | heure | initiales |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| dates | Numéro du médicament | heure | initiales |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |