



AUTORISATION POUR L'ADMINISTRATION DE MEDICAMENTS

Je soussigné-e, représentant légal, demande à l'UAPE Les Pirates, d'administrer le médicament suivant à mon enfant selon la posologie indiquée.

Nom et prénom de l'enfant.....

Période du au

Nom du médicament

Posologie

Mode de conservation

Fréquences et heures

Lieu, date

Signature du représentant légal

Date, heure	Nom de l'enfant	Nom du médicament	Quantité administrée	Signature de la personne ayant administré le médicament