

Décharge pour la prise de médicaments

Concernant l'enfant :

Nom/ prénom :

Je, soussigné(e), demande au personnel responsable de la maternelle Aux Mille Couleurs, de donner à mon enfant, sous ma responsabilité, le médicament suivant :

Nom du médicament :

- Avec ordonnance
 - Sans ordonnance
- (Cochez ce qui convient)

Nombre de prise durant le temps dans la structure :

À quelle heure :

Dosage :

Poids de l'enfant :

Age de l'enfant :

Durée du traitement :

Autres remarques :

.....
.....
.....

Date :

Signature :

