



## Administration de médicaments

Je soussigné/e (père, mère, tuteur) \_\_\_\_\_

donne la permission au personnel éducatif de la Kannerstuff  
d'administrer les médicaments suivants, conforme à la prescription du médecin:

**Nom et prénom de l'enfant:** \_\_\_\_\_

**Nom et dosage exact du/des médicament/s: Prière de joindre une copie de l'ordonnance**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**heure de la/les prise/s:(veuillez cocher la/les case(s) respective(s))**

matin	<input type="checkbox"/>	<b>Remarques:</b> avant les repas après les repas pendant les repas	<input type="checkbox"/>
midi	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
ap-midi	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
soir	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

**Posologie/ Dosage:**

ml	mg	gouttes	comprimé	crème	autre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Durée de la prise:**

**Date:** du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant: \_\_\_\_\_

No de téléphone du médecin: \_\_\_\_\_

\* NB: La Maison Relais a le droit de prendre contact avec le médecin traitant en cas de doute  
ou un autre médecin ( en cas d'absence du médecin traitant)

La Maison Relais n'est pas responsable d'éventuels effets secondaires suite à l' administration  
du médicament.

Date et signature: \_\_\_\_\_