

Formulaire d'administration des médicaments

Nom de l'enfant : _____

Site d'animation : _____

Groupe d'âge : 4/8 ans ____ 9/13 ans ____

Pour la période du _____ au _____

Nom du médicament	Pour	Posologie	Heure (s)

- Mon enfant doit avoir son médicament avec lui en tout temps (dans une pochette de taille fournie par le parent)
- Je souhaite que vous supervisiez la prise de médicament de mon enfant*

Emplacement du médicament : _____

Signature du parent : _____

Signature du chef de site : _____

Informations supplémentaires :

* Si votre enfant prend lui-même son médicament, nous vous demandons de lui fournir une seule dose à la fois