



ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

Formulaire d'autorisation

École Internationale de la Mosaïque
Service de garde les Gryffondors

Période du : _____ au _____

Je demande à la responsable du service de garde d'administrer le médicament suivant à mon enfant selon la posologie indiquée.

Nom de l'enfant : _____

Nom du médicament : _____

Dose : _____

Fréquence et heure : _____

Signature du parent
ou autorité parentale : _____

Calendrier des médicaments administrés

Date, heure, et initiale de la personne qui administre le médicament à l'enfant.

Date : _____ heure : _____ initiales : _____

Date : _____ heure : _____ initiales : _____

Date : _____ heure : _____ initiales : _____

Date : _____ heure : _____ initiales : _____

Date : _____ heure : _____ initiales : _____

Date : _____ heure : _____ initiales : _____

Date : _____ heure : _____ initiales : _____

Date : _____ heure : _____ initiales : _____

Date : _____ heure : _____ initiales : _____

Date : _____ heure : _____ initiales : _____

Date : _____ heure : _____ initiales : _____

Règles de fonctionnement

Calendrier des médicaments administrés

Date, heure, et initiale de la personne qui administre le médicament à l'enfant.

Date : _____ heure : _____ initiales : _____

Date : _____ heure : _____ initiales : _____

Date : _____ heure : _____ initiales : _____

Date : _____ heure : _____ initiales : _____

Date : _____ heure : _____ initiales : _____

Date : _____ heure : _____ initiales : _____

Date : _____ heure : _____ initiales : _____

Date : _____ heure : _____ initiales : _____

Date : _____ heure : _____ initiales : _____

Date : _____ heure : _____ initiales : _____

Date : _____ heure : _____ initiales : _____

Date : _____ heure : _____ initiales : _____

Date : _____ heure : _____ initiales : _____

Date : _____ heure : _____ initiales : _____

Date : _____ heure : _____ initiales : _____

Date : _____ heure : _____ initiales : _____

Date : _____ heure : _____ initiales : _____

Date : _____ heure : _____ initiales : _____

Date : _____ heure : _____ initiales : _____

Date : _____ heure : _____ initiales : _____

Date : _____ heure : _____ initiales : _____

Date : _____ heure : _____ initiales : _____

Date : _____ heure : _____ initiales : _____

Date : _____ heure : _____ initiales : _____

Date : _____ heure : _____ initiales : _____

Date : _____ heure : _____ initiales : _____

Date : _____ heure : _____ initiales : _____

Date : _____ heure : _____ initiales : _____

Date : _____ heure : _____ initiales : _____

Date : _____ heure : _____ initiales : _____

Date : _____ heure : _____ initiales : _____

Date : _____ heure : _____ initiales : _____

Date : _____ heure : _____ initiales : _____

Date : _____ heure : _____ initiales : _____

Date : _____ heure : _____ initiales : _____

Date : _____ heure : _____ initiales : _____

Règles de fonctionnement
