



## Autorisation d'administrer un médicament

(Formulaire à remplir pour chaque médicament)

Nom et prénom de l'enfant : .....

Nom du médicament : .....

Posologie/Quantité à administrer : .....

A conserver au frigo :  Oui  Non

Heure(s) d'administration : .....

Par la présente, j'autorise le personnel de l'UAPE La Fourmilière à administrer à mon enfant le médicament susmentionné selon la posologie déterminée et à (aux) (l')heure(s) indiquée(s).

Lieu et date : .....

Signature du parent ou du représentant légal : .....

Si autorisation donnée par téléphone en date du : .....

Nom de l'éducatrice : .....

### A remplir par le/la professionnel/le lors de l'administration du médicament

Date	Heure	Posologie/Quantité	Administré par

**Ce formulaire doit être conservé dans le dossier de l'enfant.**