

AUTORISATION PARENTALE / MEDICAMENTS

Je soussigné(e) _____
autorise par la présente le personnel de la Maison Relais d'administrer
les médicaments suivants à mon enfant _____
à partir d'aujourd'hui et jusqu'au ____/____/____ .

Dénomination du médicament :

.....
..... comprimés / cuillères à café / sachets / mesures de ml *
à prendre fois par jour, ceci vers / /

Dénomination du médicament :

.....
..... comprimés / cuillères à café / sachets / mesures de ml *
à prendre fois par jour, ceci vers / /

Dénomination du médicament :

.....
..... comprimés / cuillères à café / sachets / mesures de ml *
à prendre fois par jour, ceci vers / /

Dénomination du médicament :

.....
..... comprimés / cuillères à café / sachets / mesures de ml *
à prendre fois par jour, ceci vers / /

Dénomination du médicament :

.....
..... comprimés / cuillères à café / sachets / mesures de ml *
à prendre fois par jour, ceci vers / /

Copie de l'ordonnance médicale obligatoire.

_____, le ____/____/____

(signature)