

SERVICE DE GARDE ARC-EN-CIEL

**AUTORISATION
ADMINISTRATION DE
MÉDICATION**

Je vous autorise à administrer à mon enfant _____
sa médication.

Nom du médicament : _____

Heure et posologie : _____

Date de début : _____ Date de fin : _____

Signature du parent : _____

Date : _____

SERVICE DE GARDE ARC-EN-CIEL

**AUTORISATION
ADMINISTRATION DE
MÉDICATION**

Je vous autorise à administrer à mon enfant _____
sa médication.

Nom du médicament : _____

Heure et posologie : _____

Date de début : _____ Date de fin : _____

Signature du parent : _____

Date : _____