



## **AUTORISATION MÉDICAMENTS**

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Nom du médicament : \_\_\_\_\_

Posologie : \_\_\_\_\_

Remarques : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Durée : \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Signature du parent : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**\* Joindre une photocopie de la prescription**