

Autorisation parentale pour l'administration de médicament(s) à un enfant

- Médicament(s) prescrit par un médecin**
- Automédication demandée par les responsables légaux¹**

Nous, soussignés (Nom(s), Prénom(s))....., agissant en tant
que parents et/ou responsables légaux de l'enfant (*Nom, Prénom*)
....., autorisons les équipes de La Pause-Déj d'administrer le(s)
médicaments suivants à notre enfant :

Nom du médicament N°1:
Durée du traitement : du.....au.....
Heure(s) d'administration :
Posologie :

Nom du médicament N°2:
Durée du traitement : du.....au.....
Heure(s) d'administration :
Posologie :

Nom du médicament N°3:
Durée du traitement : du.....au.....
Heure(s) d'administration :
Posologie :

Par cette décharge, le personnel de La Pause-Déj est libéré de toute responsabilité.

Date et Signature (des parents) :.....