



Décharge pour l'administration de médicaments

Je demande exceptionnellement aux éducateur/trices de mon enfant

Nom et prénom de l'enfant :

De lui donner le médicament suivant :

Aux horaires suivants :

Posologie :

Traitement à prendre jusqu'au :

N° de contact en cas de question :

Remarques :

.....

.....

.....

Je prends l'entière responsabilité de la médication de mon enfant et de ses éventuelles conséquences.

Lieu et date :

Signature du/de la représentant/e légal/e :