



## AUTORISATION D'ADMINISTRER UN MÉDICAMENT

À remplir seulement lors de la prise de médicaments

(Svp conserver ce document pour utilisation ultérieure)

### Remplir un formulaire par médicament

J'autorise l'administration de \_\_\_\_\_  
(médicament)

à \_\_\_\_\_ par l'éducatrice des Coccinelles d'Oakville Inc.  
(nom de l'enfant)

à partir de : \_\_\_\_\_ jusqu'à : \_\_\_\_\_  
(date) (date)

### **SUIVRE LES INSTRUCTIONS SUIVANTES :**

Dosage :	
Heures d'administration :	
Rangement :	
Effets secondaires :	

Cesser d'administrer le médicament si les réactions suivantes se produisent :


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

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



## FICHE D'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS

Nom de l'enfant :	
-------------------	--

Nom du médicament :	
---------------------	--

Date	Heure	Quantité	Signature du membre du personnel	Commentaires et observations