



Autorisation parentale d'administration de traitements

ENFANT

Nom : Prénom :

J'autorise les professionnels du multi-accueil / de la micro-crèche à administrer à mon enfant le(s) traitement(s) prescrits sur l'ordonnance du par le Docteur :

Préciser l'heure et la date de la première prise de chaque médicament:

Date	Heure	Nom du médicament administré	J'atteste avoir donné ces traitements à mon enfant*
			Oui / Non
			Oui / Non
			Oui/Non
			Oui/Non

**rayer la mention inutile*

PARENT

Nom : Prénom :

Date

Signature :