

Autorisation d'administration de médicament

Nom et prénom de l'enfant :

Nom du médicament :

Posologie :

Durée du traitement :

Motif du traitement :

Remarques :

Nom et prénom du représentant légal :

Date :

Signature manuscrite du représentant légal :

Insérer votre signature (image) ou imprimer et signer à la main