* En signant le présent document, les représentants légaux donnent leur accord pour l’administration du médicament.
* La responsabilité de l’administration du médicament durant les heures de prise en charge incombe à l’Accueillante.
* L’Accueillante ne prend le médicament que s’il est fourni dans son emballage d’origine et accompagné de sa notice.
* L’Accueillante conserve le médicament et sa notice dans un lieu sûr qui correspond aux prescriptions de conservation.

|  |
| --- |
| Nom de l’enfant : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Date de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |
| Nom du médicament : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| [ ]  Prescrit par le médecin |
| [ ]  Recommandé par le pharmacien |
| [ ]  Acheté sans ordonnance ni conseil |
| Utilisation / administration |
| [ ]  Selon l’avis médical |
| [ ]  Selon la notice d’emballage |
| [ ]  Le médicament est apporté par les représentants légaux chaque fois qu’il doit être administré puis rendu |
| [ ]  Le médicament est conservé par l’Accueillante |

|  |
| --- |
| Période d’administration :Du Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.Au Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.Du Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. et jusqu’à révocation. |

|  |
| --- |
| Révocation de la procuration :Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |

Parents:Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date: Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. Signature des parents:

Accueillante:Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date: Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. Signature de l’accueillante: