



Autorisation d'administration de médicaments

Nom de l'enfant : _____

Numéro de téléphone des parents / gardien légal :

Par la présente, je (soussigné/e) _____ autorise le personnel de la
maison relais / crèche _____ gérée par Inter-Actions asbl,

à administrer à mon enfant _____ (*prénom de l'enfant*)

le(s) médicament(s) suivant(s) : _____ (*nom du/des
médicaments*)

selon les indications de l'ordonnance médicale jointe à cette autorisation.

Cette autorisation est valable pour la durée du traitement, soit du _____ au

_____ (*dates jour/mois/année*)

_____, le _____.

Nom _____

Signature _____