

Autorisation d'administration de médicaments

Par la présente, je (soussigné/e).....
autorise le personnel de la Maison Relais / Crèche
gérée par Inter-Actions asbl, à administrer à mon enfant.....
le(s) médicament(s) suivant(s) :

.....
.....
.....

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

Cette autorisation est valable pour la durée du traitement,
soit du.....au(jour/mois/année)

Lieu, le

.....
Signature



Inter-Actions
Développement & Action Sociale