

AUTORISATION D'ADMINISTRATION DE MEDICAMENT A L'AES

Nom et prénom de l'enfant : _____

Nom du médicament : _____

Posologie : _____

Heure du traitement : _____

Motif du traitement : _____

Remarques : _____

Nom et prénom du représentant légal : _____

Date : Bulle, le _____

Signature du représentant légal : _____

A remplir par le/la professionnel/le de l'AES si l'autorisation donnée par téléphone et confirmée par sms

Nom du représentant : _____

Date : _____

Nom de l'intervenant : _____

A remplir par le/la professionnel/le de l'AES lors d'administration du médicament :

Date :	Heure :	Posologie :	Administré par :
.....
.....

Ce formulaire doit être conservé dans le dossier de l'enfant