

Autorisation parentale pour l'administration de médicaments

Parental authorisation for administration of medication

Semaine du / Week of _____ Au / To _____

Nous, soussignés, demandons aux personnels de l'UAPE « la cour des grands » d'administrer le médicament suivant à notre enfant selon la posologie suivante:

We, the undersigned, authorise the staff of UAPE "la cour des grands" to administer the following medication to our child in the dosage indicated:

Nom de l'enfant / Child's name _____

Période du / From (date) _____ au / To _____

Nom du médicament / Name of medication _____

Posologie / Dose _____

Date et heure de la dernière prise de médicament(s) à la maison / Date and time of last dose given at home _____

Fréquence et heure / Frequency and time to be given _____

Lieu, date / dated _____

Signature des parents / Parent's Signature _____

***Dans la mesure du possible, les médicaments sont administrés par les parents.
Ce formulaire est conservé dans le dossier de l'enfant pour référence ultérieure.***

Whenever possible, medicines are administered by the parents.

This form is kept in the child's file for future reference.

Date, heure / Date, Hour	Nom de l'enfant / Name of the child	Nom du médicament / Name of the medication	Quantité administrée / amount administered	Signature de la personne ayant administré le médicament / Signature of the person who gave the medication