SERVICE DE GARDERIES DE LA CITÉ CLARENCE-ROCKLAND

AUTORISATION D'ADMINISTRER UN MÉDICAMENT

SECTION RÉSERVÉE AUX PARENTS/TUTEUR

_____ _____

(Imprimer le nom de l'enfant) (Nom de la garderie)

J'autorise l'employé responsable de mon enfant de lui administrer le médicament suivant:

_____

Imprimer le nom du médicament

À partir du: _____ Jusqu'au: _____

Suivre les instructions suivantes:

Dosage: _____ Heures d'administration: _____

Rangement: _____ Effets secondaires: _____

_____

Cesser d'administrer le médicament si les réactions suivantes se produisent:

_____

_____ _____

Date Signature du parent/tuteur

PHOTO DE L'ENFANT

SECTION RÉSERVÉE AUX EMPLOYÉS DU SERVICE DE GARDERIES

FICHE D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENT

DATE	HEURE	QUANTITÉ	INITIALES DE L'EMPLOYÉ	COMMENTAIRES