

Annexe 1 : Autorisation parentale « Médicaments »

Je soussigné(e) _____ autorise par la présente le personnel de la Maison Relais de Leudelange d'administrer les médicaments suivants à mon enfant _____ (Nom, Prénom, Classe et Titulaire) à partir du ___/___/____ jusqu'au ___/___/_____.

Dénomination du médicament :

.....

.....(Quantité) Comprimés/cuillères à café/sachets/mesures deml

(biffer ce qui ne convient pas)

à prendre fois par jour, ceci jusqu'au/..../.....

Dénomination du médicament :

.....

.....(Quantité) Comprimés/cuillères à café/sachets/mesures deml

(biffer ce qui ne convient pas)

à prendre fois par jour, ceci jusqu'au/..../.....

Dénomination du médicament :

.....

.....(Quantité) Comprimés/cuillères à café/sachets/mesures deml

(biffer ce qui ne convient pas)

à prendre fois par jour, ceci jusqu'au/..../.....

Dénomination du médicament :

.....

.....(Quantité) Comprimés/cuillères à café/sachets/mesures deml

(biffer ce qui ne convient pas)

à prendre fois par jour, ceci jusqu'au/..../.....

Lieu, date : _____, le ___/___/____ Signature : _____