Fiche médicaments
« Autorisation parentale »

Nom du prestataire de service de garde: _____
Nom du parent :
Nom de l'enfant :

Nom du médicament :			
Instructions relatives à l'administration du médicament			
Heure(s) à laquelle(s) le médicament doit être administré :			
Dose à administrer :			
Autres informations :			
Durée de l'autorisation :	du :	au :	expiration :
Signature du parent :		Date :	

Nom du médicament :			
Instructions relatives à l'administration du médicament			
Heure(s) à laquelle(s) le médicament doit être administré :			
Dose à administrer :			
Autres informations :			
l'autorisation :	du :	au :	expiration :
Signature du parent :		Date :	

Nom du médicament :			
Instructions relatives à l'administration du médicament			
Heure(s) à laquelle(s) le médicament doit être administré :			
Dose à administrer :			
Autres informations :			
Durée de l'autorisation :	du :	au :	expiration :
Signature du parent :		Date :	

Nom du médicament :
Instructions relatives à l'administration du médicament
Heure(s) à laquelle(s) le médicament doit être administré :
Dose à administrer :
Autres informations :
Durée de l'autorisation : du : au : expiration :
Signature du parent : Date :

Nom du médicament :
Instructions relatives à l'administration du médicament
Heure(s) à laquelle(s) le médicament doit être administré :
Dose à administrer :
Autres informations :
l'autorisation : du : au : expiration :
Signature du parent : Date :

Nom du médicament :
Instructions relatives à l'administration du médicament
Heure(s) à laquelle(s) le médicament doit être administré :
Dose à administrer :
Autres informations :
Durée de l'autorisation : du : au : expiration :
Signature du parent : Date :

Nom du médicament :
Instructions relatives à l'administration du médicament
Heure(s) à laquelle(s) le médicament doit être administré :
Dose à administrer :
Autres informations :
Durée de l'autorisation : du : au : expiration :
Signature du parent : Date :

Fiche d'administration des médicaments

Nom du prestataire de services de garde :

_____

Nom du parent :

Nom de l'enfant :

Nom du médicament	Date D'administration	Dose administrée	Heure D'administration	Nom de la personne qui a administré	Signature de la personne qui a administré

Nom du médicament	Date D'administration	Dose administrée	Heure D'administration	Nom de la personne qui a administré	Signature de la personne qui a administré

Fiche d'administration de l'insectifuge

Nom du prestataire de services de garde : _____					
Nom du parent :					
Nom de l'enfant :					
Nom du médicament	Date D'application	Dose Appliquée	Heure D'application	Nom de la personne qui a appliqué	Signature de la personne qui a appliqué
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					

Nom du médicament	Date D'application	Dose Appliquée	Heure D'application	Nom de la personne qui a appliqué	Signature de la personne qui a appliqué
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					
Off enfant					