



Commune Evolène

Structures d'accueil

AUTORISATION ADMINISTRATION MÉDICAMENT

Nom et prénom de l'enfant :		Poids :
Médicament :	Dosage (ml) :	
Sur ordonnance : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Fréquence :	
Administrer : <input type="checkbox"/> dans tous les cas	<input type="checkbox"/> lors de symptômes tels que : _____	
Dosage si administration de Ventolin spray :pressions →respirations (.....fois)	
A quel moment de la journée ?	Ou à quelle heure ?	
Période de traitement : du _____.____._____ au _____.____._____		

Nom du représentant légal : _____

Date :

Signature :



Commune Evolène

Structures d'accueil

AUTORISATION ADMINISTRATION MÉDICAMENT

Nom et prénom de l'enfant :		Poids :
Médicament :	Dosage (ml) :	
Sur ordonnance : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Fréquence :	
Administrer : <input type="checkbox"/> dans tous les cas	<input type="checkbox"/> lors de symptômes tels que : _____	
Dosage si administration de Ventolin spray :pressions →respirations (.....fois)	
A quel moment de la journée ?	Ou à quelle heure ?	
Période de traitement : du _____.____._____ au _____.____._____		

Nom du représentant légal : _____

Date :

Signature :