

Fiche d'administration hebdomadaire des médicaments



C.P.E. La gare de rires

Dossier : Nom : Naissance : Adresse :	Semaine :
--	-------------------

Médecin :	Téléphone :
-----------	-------------

Médicament :	Date de la prescription :
Doses administrées par les parents :	Doses administrées par le service de garde :
	Quantité à administrer par le service de garde :

Je donne la permission à un employé désigné par C.P.E. La gare de rires d'administrer le médicament prescrit ci-dessus à mon enfant.

Signature de l'employé	Signature du parent	Date
------------------------	---------------------	------

Administration des médicaments			
Date	Heure	Quantité	Administré par (signature)