

AUTORISATION ADMINISTRATION MÉDICAMENT

Nom et prénom de l'enfant :		Poids :
Médicament :		
Dosage (ml) :	Fréquence :	
Administrer : <input type="checkbox"/> dans tous les cas <input type="checkbox"/> lors de l'apparition de symptômes tels que : _____		

Dosage si administration de Ventolin spray : (ou si autre : _____)

.....pressions →respirations (.....fois)

A quel moment de la journée ?

Ou à quelle heure ?

Période de traitement : du ____ . ____ . ____ au ____ . ____ . ____	
Nom du représentant légal :	
Date :	Signature :

AUTORISATION ADMINISTRATION MÉDICAMENT

Nom et prénom de l'enfant :		Poids :
Médicament :		
Dosage (ml) :	Fréquence :	
Administrer : <input type="checkbox"/> dans tous les cas <input type="checkbox"/> lors de l'apparition de symptômes tels que : _____		

Dosage si administration de Ventolin spray : (ou si autre : _____)

.....pressions →respirations (.....fois)

A quel moment de la journée ?

Ou à quelle heure ?

Période de traitement : du ____ . ____ . ____ au ____ . ____ . ____	
Nom du représentant légal :	
Date :	Signature :