

FORMULAIRE MEDICAMENT CRECHE-UAPE

ETAT DE SANTE AVANT SON ARRIVEE EN STRUCTURE :

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Poids actuel :
Durée du traitement :	

NOM DU MEDICAMENT A ADMINISTRER :

POSOLOGIE / DOSAGE / SPÉCIFICITÉ :

	PRISE 1	PRISE 2	PRISE 3	PRISE 4
Heure				
Visa du personnel				

Par sa signature, la famille autorise le personnel de la structure à administrer le médicament à son enfant et les décharge de toute responsabilité. Il atteste que les données sont correctes et complètes.

Date et Signature :

FORMULAIRE MEDICAMENT CRECHE-UAPE

ETAT DE SANTE AVANT SON ARRIVEE EN STRUCTURE :

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Poids actuel :
Durée du traitement :	

NOM DU MEDICAMENT A ADMINISTRER :

POSOLOGIE / DOSAGE / SPÉCIFICITÉ :

	PRISE 1	PRISE 2	PRISE 3	PRISE 4
Heure				
Visa du personnel				

Par sa signature, la famille autorise le personnel de la structure à administrer le médicament à son enfant et les décharge de toute responsabilité. Il atteste que les données sont correctes et complètes.

Date et Signature :

Merci d'utiliser un formulaire par médicament.