

Administration de médicaments

Je, _____, (parent/tuteur) de _____
(participant) reconnais avoir remis à _____ (accompagnateur) le
médicament suivant _____ (nom du médicament) et l'autorise à
l'administrer selon la posologie recommandée.

Veillez cocher à l'endroit pertinent :

Un médicament d'ordonnance prescrit par le médecin suivant :

qui peut être rejoint au numéro de téléphone suivant : () _____

Le médicament en vente libre suivant : _____

Les directives au sujet de l'administration du médicament

figurent sur le contenant :

Oui

Non

Par la présente, j'autorise que le médicament soit administré conformément à la
posologie indiquée sur le contenant (signature). _____

Période ou date de validité de l'autorisation : _____

Je dégage l'accompagnateur de toute responsabilité dans le cas de blessures, maladies ou
dommages pouvant être occasionnés par suite de l'administration ou de la non-administration
dudit médicament.

Signé à _____, le _____ et remis par
_____ (signature du parent ou tuteur).