

Fondation pour l'accueil des enfants de Blonay – Saint-Légier

Rte du Village 45 - Case postale 222 - 1807 Blonay - Tél. 021 564 03 70 - info@rebsl.ch - www.rebsl.ch

AUTORISATION D'ADMINISTRATION DE MEDICAMENTS

Nom et prénom de l'enfa	nt :			
Date de naissance :				
Nom du médicament				
Posologie				
A administrer le :	Matin	Midi	Goûter	Soir
Période d'administration	Duauau			
Prescription	Médicale		Automédication	
Nom du médicament				
Posologie				
A administrer le :	Matin	Midi	Goûter	Soir
Période d'administration	Duauau			
Prescription	Médicale		Automédication	
Nom du médicament				
Posologie				
A administrer le :	Matin	Midi	Goûter	Soir
Période d'administration	Duauau			
Prescription	Médicale		Automédication	
			<u> </u>	

J'autorise l'accueillante, l'accueillant à administrer le médicament susmentionné selon les

Signature du parent :

indications décrites par mes soins.

Lieu et date :