



## **Autorisation d'administration de médicament**

Nom et prénom de l'enfant :

Nom du médicament :

Posologie :

Durée du traitement :

Motif du traitement :

Remarques :

Nom et prénom du représentant légal :

Date :

**Signature manuscrite** du représentant légal :

*Insérer votre signature (image) ou imprimer et signer à la main*