



ADMINISTRATION DE MÉDICAMENT

**AUTORISATION DU PARENT
2011-2012**

Nom de l'élève _____

Classe _____

Nom du médecin

Nom du médicament à administrer

Posologie (selon les directives du médecin traitant)

Réactions possibles de cette médication (effets secondaires, somnolence, etc.)

Signature du parent _____

Date _____

MP/gp

