

## Décharge de responsabilité pour la prise de médicaments

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

**Par ce document j'autorise l'équipe éducative à donner le médicament suivant :**

Nom du médicament : \_\_\_\_\_

Posologie : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Durée et heure du traitement : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature des parents :

\_\_\_\_\_