CPE-BC
Croque la Vie

Registre de médicaments

Formulaire d'autorisation pour l'administration de chaque médicament (Un médicament par feuille).

Nom de l'enfant : _____

Nom du médecin : _____

J'autorise _____ ou la personne qui la remplace à administrer le médicament _____ selon la posologie suivante :

Heures : _____

Quantité : _____

Durée de l'autorisation : de _____ à _____

Date : _____ Signature : _____

Date	Heure	Quantité	Signature RSG