Décharge pour l'administration de médicaments

Communauté scolaire de **La Baroche**

Nom et prénom de l'enfant : _____

Coordonnées du pédiatre : _____

Nom du médicament/traitement	.....
Début - fin du traitement *A quel moment ?* *Quels symptômes ?*	....
Explications précises quant à l'administration *Combien ?* *A quelle fréquence ?* (Si possible, joindre une copie de la notice d'utilisation)	....
Remarques complémentaires *Qui appeler en priorité ?* *Parent ou 144?*	....

Date: ..... Signature des parents : .....