

## Décharge pour la prise de médicaments

Concerne enfant :

**Nom :** .....

**Prénom :** .....

Je, soussigné(e), demande aux éducatrices de Croquelune, de donner à mon enfant, sous ma responsabilité, le(s) médicament(s) suivant(s) :

**Nom du 1<sup>er</sup> médicament :** .....

- Avec ordonnance
  - Sans ordonnance
- (Cocher ce qui convient)

Nombre de prises journalières : .....

Dosage : .....

Durée du traitement : .....

.....

Autres remarques : .....

.....

**Nom du 2<sup>ème</sup> médicament :** .....

- Avec ordonnance
  - Sans ordonnance
- (Cocher ce qui convient)

Nombre de prises journalières : .....

Dosage : .....

Durée du traitement : .....

.....

Autres remarques : .....

.....

Date : .....

Signature : .....