FICHE ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

Nom de l'élève : _____

Nom du médicament : _____

Dose: (*quantité du médicament à administrer à la fois***)** _____

Période que le médicament sera administré : _____

De : (jour/mois/année) _____ **À :** (jour/mois/année) _____

Temps exact à administrer le médicament : _____

Avertissement spécial précaution à prendre
(ex. prendre médicament avec nourriture) : _____

_____

Signature du parent/tuteur : _____

REGISTRE DE L'ADMINISTRATION DU MÉDICAMENT

À être complété à chaque fois que le médicament est administré

Date	**Médicament**	**Dose**	**Heure**	**Administré par** *(signature de l'employé)*