Décharge autorisant le personnel de l'AES d'Hauterive à administrer des médicaments

Je soussigné ..... Parents de .....

Autorise les éducateurs de l'AES d'Hauterive à administrer le traitement .....

à mon enfant.

Le médicament doit être transmis à l'équipe éducative dans son emballage d'origine avec la posologie de la pharmacie.

Nom du médicament :

Posologie :

Date du traitement :

Fin du traitement :

Date et signature :

AES Hauterive