

FORMULAIRE D'AUTORISATION POUR L'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENT

Je _____, (parent/tuteur) reconnais avoir remis aux employés de la maison Émile Aurélie un ou des médicaments et par la présente les autorise à l'administrer à la personne selon la posologie recommandée.

Signature : _____

Date : _____

Nom et prénom de la personne

● **Médicament d'ordonnance :**

Nom du médicament

Posologie

Nom du médicament

Posologie

Nom du médicament

Posologie

Nom du médicament

Posologie

● **Médicament vente libre :**

Nom du médicament

Posologie

Nom du médicament

Posologie

Période ou date de la validité de l'autorisation

Signature : _____

Date : _____

Je dégage le personnel de la maison Émile Aurélie de toutes responsabilités dans le cas de blessures, malaises ou dommages pouvant être occasionnés par l'administration des dits médicaments.

Signature : _____

Date : _____