

AUTORISATION - MEDICAMENTS

MEDICATION AUTHORIZATION

J'autorise l'administration / I authorize the administration

de / of _____ à / to : _____
(médicament / medication) (Nom de l'enfant / child's name)
par : La Maison des Enfants Montessori d'Orléans
by : Orleans Montessori Children's House

date de début / start date : _____ date de la fin / end date _____

Suivre les instructions ci-après / Use the following instructions:

Posologie / Dosage : _____ Heure d'administration / Time(s) of administration: _____

Rangement / Storage: _____ Effets secondaires / Side effects: _____

Cessez de donner le médicament si vous constatez les réactions suivantes:
Stop medication if the following reaction(s) is observed:

date

Signature d'un parent/ Parent's Signature

Time medication was administered
Heure à laquelle le médicament fut donné

Staff signature
Signature du personnel