

**AUTORISATION POUR L'ADMINISTRATION  
DE MEDICAMENTS**

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Maladie de l'enfant : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

donne, par la présente, l'autorisation au personnel de la Maison Relais Grevenmacher pour l'administration du/des médicaments prescrits selon la posologie indiquée :

Nom du médicament	Dose à administrer (nombre de comprimés, cuillères, sachets, mesures)	Fréquence (nombre de fois)	Nombre de jours du / au		Heure à laquelle le médicament doit être administré			

Conservation du médicament :  au frigo  à température ambiante

En cas d'éventuelles questions, veuillez laisser votre n° de téléphone: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Date

\_\_\_\_\_ Signature du représentant légal