

Nom de l'enfant:

Maladie de l'enfant:

Je soussigné(e)

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

| Nom du médicament | Dose à adminlstrer (nombre de comprimés, cuillères, sachets, mesures) | Fréquence (nombre de fois) | Heure à laquelle le médicament doit être administré | | | |
|-------------------|---|-------------------------------|--|--|--|--|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Signature