



Commune de Matran

AUTORISATION D'ADMINISTRATION DE MEDICAMENT

Nom et prénom de l'enfant :

Nom du médicament :

Posologie :

Durée du traitement :

Motif du traitement (facultatif) :

Remarques :

Nom et prénom du représentant légal :

Date et signature du représentant légal : Matran, le

MERCI DE TRANSMETTRE LA NOTICE D'EMBALLAGE AVEC LE MEDICAMENT.