

Formulaire d'Administration de Médicaments sans Ordonnance

Nom complet de l'enfant _____

J'autorise la Maison Kinder à administrer les médicaments sans ordonnance énumérés ci-dessous en conformité avec les instructions d'utilisation figurant sur l'emballage.

Je libère le fournisseur de soins de garde pour enfant nommé ci-dessus de toute responsabilité découlant de l'administration de ces produits.

Indiquez le nom de la marque, la fréquence et la durée de prise de chaque médicament.

Signature du parent/tuteur

Date

* Tous les médicaments doivent être fournis par les parents si l'utilisation est requise. Tous les médicaments doivent être fournis dans l'emballage d'origine clairement étiquetés avec le nom de l'enfant.