

Formulaire d'Administration de Médicaments avec Ordonnance

Nom Complet de l'Enfant _____

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

Nom du Médicament _____

Posologie _____

Heures de la Posologie _____

Instructions Particulières (prendre avec de la nourriture, sur une base «au besoin», etc)

Date du Début de la Prescription _____

Date de la Fin de la Prescription _____

Effets Secondaires Possibles _____

Numéro d'Ordonnance _____

Nom de la Pharmacie _____

Adresse de la Pharmacie _____

Téléphone de la Pharmacie _____

Nom & Téléphone du Pharmacien _____

Je libère Maison Kinder de toute responsabilité découlant de l'administration de ces médicaments.

Signature du parent/tuteur

Date

* Tous les médicaments doivent être fournis dans l'emballage d'origine clairement étiquetés avec le nom de l'enfant.