

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