AGDIA
Association Granby pour la déficience intellectuelle et l'autisme

AUTORISATION POUR MÉDICAMENTS

Par la présente, j'autorise le personnel de l'AGDIA à donner le ou les médicaments énumérés ci-dessous au participant, selon :

Nom du participant : _____

Nom du médicament : _____

Nom du médecin et numéro de téléphone : _____

_____

Posologie/quantité/intervalles entre les doses ou moments d'administration :

_____
_____
_____
_____

Signature du tuteur : _____ **Date :** _____

Tableau d'administration du médicament à être rempli par le personnel de l'AGDIA :

Nom du médicament	Date à laquelle le médicament a été administré	Heure à laquelle le médicament a été administré	Quantité administrée	Signature de la personne qui a administré le médicament