

Nom du prestataire : Association de Granby pour la déficience intellectuelle et l'autisme

Nom du tuteur : _____

Date de signature du formulaire : _____

Nom du participant : _____

Nom du médicament : _____

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

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

Important : Agrafes avec le formulaire d'autorisation pour médicaments dûment signé