**Registre des médicaments**

**Pour la responsable d’un service de garde en milieu familial**

**AUTORISATION PARENTALE**:

J’autorise la personne suivante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

À donner le médicament mentionné \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Nom du médicament) (Nom de l’enfant)

Prescrit par \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ selon la posologie suivante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (Nom du médecin)

Date d’expiration du produit : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Durée de l’autorisation : du \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ au \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Possibilité d’effets secondaires : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du titulaire ou de l’autorité parentale : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En date du: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

**REGISTRE :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |