

Aes La Passerelle (Echarlens, Marsens, Sorens)

Autorisation d'administration de médicament

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Posologie :

Durée du traitement :

Motif du traitement :

Remarques :

Nom et prénom du représentant légal :

Date et signature du représentant légal :