

FICHE D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS D'ORDONNANCE

Nom de l'élève : _____	Date de naissance : _____
Enseignant : _____	Année d'études : _____
	Âge : _____

Date	Heure	Dose	Signature

Date	Heure	Dose	Signature

- Copie remise aux parents?** Oui Non
- Surplus de médicament retourné?** Oui Non

Signature de la direction d'école : _____ Date : _____