

RELEVÉ QUOTIDIEN DE L'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS AUX ÉLÈVES

Nom de l'élève :

Personne chargée d'administrer les médicaments :

Autres personnes de remplacement chargées d'administrer les médicaments :

| Nom du médicament | Posologie | Date | Heure | Signature et commentaires |
|-------------------|-----------|------|-------|---------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |