



**AES de Haut-Intyamou**

## **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 :**