



Nom de l'enfant : _____

Médicament prescrit : _____

Heure : _____

Médicament donné par : _____ à : _____ hres.

⇒Prise de médicaments (DOSES RÉPÉTITIVES)

Médicament prescrit : _____

Dose à donner : _____

Heure : _____

Signature du parent responsable : _____

[illegible]

Remettre à la Technicienne du Service de Garde Ou retourner complété par courriel à sdg_quatres-saison@csmv.qc.ca