



# Protocole d'Administration de Médicaments **P A M**

PATHOLOGIE : \_\_\_\_\_

Durée du traitement : \_\_\_\_\_ jours, soit du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ (inclus).

| Enfant         | Coordonnées du représentant légal |
|----------------|-----------------------------------|
| Nom _____      | Nom _____                         |
| Prénom _____   | Prénom _____                      |
| Né(e) le _____ | Tél portable _____                |
| Adresse _____  | Tél privé _____                   |
| _____          | Tél pro _____                     |

| Nom des médicaments | Prochaine prise |                                                                                                      |      | Posologie | À compléter par l'animateur                           |                                                       |                                                       |
|---------------------|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
|                     | Matin           | Midi (repas)                                                                                         | Soir |           |                                                       |                                                       |                                                       |
|                     |                 | <input type="checkbox"/> avant<br><input type="checkbox"/> pendant<br><input type="checkbox"/> après |      |           | <b>1ère prise</b><br>Le _____<br>A _____<br>Par _____ | <b>2ème prise</b><br>Le _____<br>A _____<br>Par _____ | <b>3ème prise</b><br>Le _____<br>A _____<br>Par _____ |
|                     |                 | <input type="checkbox"/> avant<br><input type="checkbox"/> pendant<br><input type="checkbox"/> après |      |           | <b>1ère prise</b><br>Le _____<br>A _____<br>Par _____ | <b>2ème prise</b><br>Le _____<br>A _____<br>Par _____ | <b>3ème prise</b><br>Le _____<br>A _____<br>Par _____ |
|                     |                 | <input type="checkbox"/> avant<br><input type="checkbox"/> pendant<br><input type="checkbox"/> après |      |           | <b>1ère prise</b><br>Le _____<br>A _____<br>Par _____ | <b>2ème prise</b><br>Le _____<br>A _____<br>Par _____ | <b>3ème prise</b><br>Le _____<br>A _____<br>Par _____ |

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ représentant légal de  
 l'enfant \_\_\_\_\_ autorise le personnel de L'Île Aux  
 Copains à administrer le(s) médicament(s) précité(s).

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature du représentant légal

**AUCUN MEDICAMENT NE SERA DONNE SANS ORDONNANCE**