REGISTRE POUR L'ADMINISTRATION DES TRAITEMENTS DONNÉS PAR L'ASSISTANT(E) MATERNEL(LE)

Les traitements ou soins médicaux sont réalisés **à la demande des parents.**
Vous devez disposer d'une ordonnance et vérifier que le médecin n'a pas demandé l'intervention d'un(e) infirmier(e).
Vous devez maitriser la lecture du français.

Nom de l'assistant(e) maternel(le) ayant administré le traitement : _____

Nom et prénom de l'enfant	Poids de l'enfant	Date	Heure	Nom du médicament	Quantité donnée	Date de péremption

REGISTRE POUR L'ADMINISTRATION DES TRAITEMENTS DONNÉS PAR L'ASSISTANT(E) MATERNEL(LE)

Les traitements ou soins médicaux sont réalisés **à la demande des parents.**
Vous devez disposer d'une ordonnance et vérifier que le médecin n'a pas demandé l'intervention d'un(e) infirmier(e).
Vous devez maitriser la lecture du français.

Nom de l'assistant(e) maternel(le) ayant administré le traitement : _____

Nom et prénom de l'enfant	Poids de l'enfant	Date	Heure	Nom du médicament	Quantité donnée	Date de péremption