

# ADMINISTRATION DE PARACÉTAMOL à votre enfant pendant son accueil au centre de loisirs

Je soussigné(e), M. ou M<sup>me</sup> \_\_\_\_\_

Parent(s) de l'enfant \_\_\_\_\_

- Autorise le personnel, du centre de loisirs ou du séjour, à administrer du paracétamol (doliprane, dafalgan) conformément à la prescription médicale ci-après.

## PRESCRIPTION MEDICALE DU MEDECIN

**Nom du médecin :**

**Situation de l'enfant nécessitant la prescription :** rayer la/les situation(s) ci-après inutiles

Maux de tête et /ou douleur  
Température supérieure à 38°5C  
Température supérieure à 38°C

**Posologie :**

**Observations et recommandations** en cas de maladie chronique, traitement particulier, allergie, asthme :

Cachet et signature du médecin

Date et signature des parents :

