FICHE D'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS ET PRODUITS NATURELS

Nom de l'enfant : _____ Nom du parent : _____

Nom du médicament ou produit naturel	Date À laquelle le médicament ou produit naturel a été administré	Heure À laquelle le médicament ou produit naturel a été administré	Dose administrée	Nom de la personne qui a administré	Signature de cette personne