



10 Allée des Marronniers
68680 KEMBS 03 89 48 38 56
123soleil6@orange.fr

**PROTOCOLE D'ADMINISTRATION
DE MEDICAMENT(S)
(PAM)**

PATHOLOGIE:

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

ENFANT	COORDONNEES DES REPRESENTANTS LEGAUX
NOM:..... Prénom:	Nom /Prénom:
Né(e) le :	Tél Privé:
Adresse:.....	Mobile (1):
.....	Mobile (2):
	Tél Pro:

NOM DES MEDICAMENTS	Prochaine prise			Posologie	A compléter par l'animateur		
	matin	Midi (repas)	soir		1ère Prise	2ème Prise	3ème Prise
1		Avant Pendant Après			Le A..... Par.....	Le A..... Par.....	Le A..... Par.....
2		Avant Pendant Après			Le A..... Par.....	Le A..... Par.....	Le A..... Par.....
3		Avant Pendant Après			Le A..... Par.....	Le A..... Par.....	Le A..... Par.....

Je soussigné(e), représentant légal de l'enfant :

..... autorise le personnel de l'ALSH 1, 2, 3 Soleil à administrer le(s) médicament(s) prescrit(s).

A, le

Signature du représentant légal

Une ordonnance devra impérativement être jointe au protocole pour que les médicaments soient administrés