Famille Québec

# Fiche d'administration des médicaments et d'application d'insectifuge

**Nom du prestataire de services de garde :** Centre de la Petite Enfance Manche de Pelle

**Nom du parent:**

**Nom de l'enfant :**

| Nom du médicament ou de l'insectifuge | Dose administrée (pour l'administration d'un médicament) | Date d'administration ou d'application | Heure administration ou d'application | Personne qui a administré le médicament ou fait l'application d'insectifuge | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Nom | Signature |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | |