

Administration of medicines form

Child's name / Nome del bambino: _____

Ailment / Disturbo: _____

Name of medication / Nome del medicinale: _____

Volume of medication / Quantità o dose: _____

Frequency of medication / Frequenza somministrazione: _____

Additional information / Altre informazioni:

- I authorise Chatterbox Staff to administer the following medication to my child. Il sottoscritto autorizza lo staff Chatterbox alla somministrazione delle seguenti medicine a mio figlio.*

Signature / Firma

Printed / Nome e cognome in stampatello

Date/Data (dd/mm/yyyy): ____ / ____ / _____

DATE	TIME	DOSE	STAFF