|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **AUTORISATIONS PARENTALES POUR**  **L’ADMINISTRATION DE CES PRODUITS** | | | | | | | | | | |
| **Nom du prestataire de service de garde** | | | |  | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **Nom de l’enfant :** |  | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **Nom du parent :** |  | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **Nom du médicament à administrer :** | | | **Crème solaire toutes marques** | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Instructions relatives à l’administration du médicament : | | | | | | Voir instructions du manufacturier | | | | | | |
| Durée de l’autorisation: | Fin de fréquentation de l’enfant | | | | | | |  | | | | |
| Signature du parent : |  | | | | | |  | | Date de signature |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Nom du médicament à administrer :** | | **Crème pour érythème fessier toutes marques** | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | Instructions relatives à l’administration du médicament : | | | Voir instructions du manufacturier | | | | | | | Durée de l’autorisation: | Fin de fréquentation de l’enfant | | | |  | | | | | Signature du parent : |  | | |  | | Date de signature |  | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Nom du médicament à administrer :** | | **Solution nasales salines toutes marques** | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | Instructions relatives à l’administration du médicament : | | | Voir instructions du manufacturier | | | | | | | Durée de l’autorisation: | Fin de fréquentation de l’enfant | | | |  | | | | | Signature du parent : |  | | |  | | Date de signature |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Nom du médicament à administrer :** | | **Solution orale d’hydratation toutes marques** | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | Instructions relatives à l’administration du médicament : | | | Voir instructions du manufacturier | | | | | | | Durée de l’autorisation: | Fin de fréquentation de l’enfant | | | |  | | | | | Signature du parent : |  | | |  | | Date de signature |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Nom du médicament à administrer :** | | **Lotion calamine toutes marques** | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | Instructions relatives à l’administration du médicament : | | | Voir instructions du manufacturier | | | | | | | Durée de l’autorisation: | Fin de fréquentation de l’enfant | | | |  | | | | | Signature du parent : |  | | |  | | Date de signature |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Nom du médicament à administrer :** | | **Baume à lèvres toutes marques** | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | Instructions relatives à l’administration du médicament : | | | Voir instructions du manufacturier | | | | | | | Durée de l’autorisation: | Fin de fréquentation de l’enfant | | | |  | | | | | Signature du parent : |  | | |  | | Date de signature |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Nom du médicament à administrer :** | | **Crème hydratante toutes marques** | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | Instructions relatives à l’administration du médicament : | | | Voir instructions du manufacturier | | | | | | | Durée de l’autorisation: | Fin de fréquentation de l’enfant | | | |  | | | | | Signature du parent : |  | | |  | | Date de signature |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |