|  |  |
| --- | --- |
|  | **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 |  |

 |
|  |