



Autorisation parentale pour l'administration d'un médicament

Nom du prestataire de service de garde :

Nom du parent :

Nom de l'enfant :

Nom du médicament à administrer :

Instructions relatives à l'administration du médicament :

Durée de l'autorisation : Du : Au :

Signature du parent : Date de signature :

Nom du médicament à administrer :

Instructions relatives à l'administration du médicament :

Durée de l'autorisation : Du : Au :

Signature du parent : Date de signature :

Nom du médicament à administrer :

Instructions relatives à l'administration du médicament :

Durée de l'autorisation : Du : Au :

Signature du parent : Date de signature :

Nom du médicament à administrer :

Instructions relatives à l'administration du médicament :

Durée de l'autorisation : Du : Au :

Signature du parent : Date de signature :

Nom du médicament à administrer :

Instructions relatives à l'administration du médicament :

Durée de l'autorisation : Du : Au :

Signature du parent : Date de signature :

IMPORTANT : Imprimer le document et le remettre dans le dossier de l'enfant.