

**AUTORISATION POUR
L'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS**

J'autorise le service de garde en milieu familial à administrer le médicament suivant à mon enfant selon la posologie indiquée.

Responsable du service de garde (RSG) : _____

Nom de l'enfant: _____

Période du _____ au _____

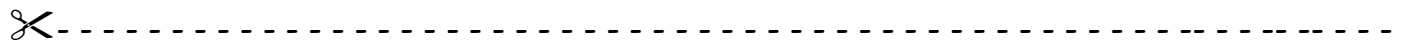
Nom du médicament : _____ Mode de conservation : _____

Dose : _____ Mode d'administration : _____

Fréquence et heure : _____

Effets secondaires prévisibles : _____

Signature du parent ou du titulaire de l'autorité parentale : _____



**AUTORISATION POUR
L'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS**

J'autorise le service de garde en milieu familial à administrer le médicament suivant à mon enfant selon la posologie indiquée.

Responsable du service de garde (RSG) : _____

Nom de l'enfant: _____

Période du _____ au _____

Nom du médicament : _____ Mode de conservation : _____

Dose : _____ Mode d'administration : _____

Fréquence et heure : _____

Effets secondaires prévisibles : _____

Signature du parent ou du titulaire de l'autorité parentale : _____