

Autorisation pour l'administration de médicaments

Responsable du service de garde: _____ Nom de l'enfant : _____

J'autorise le service de garde à administrer :

- Crèmes à base d'oxyde de zinc pour le siège
- Crèmes solaires
- Gouttes nasales salines
- Solutions orales d'hydratation commerciales

Signature du parent ou du titulaire de l'autorité parentale

Autorisation pour l'administration de médicaments

Responsable du service de garde: _____ Nom de l'enfant : _____

J'autorise le service de garde à administrer :

- Crèmes à base d'oxyde de zinc pour le siège
- Crèmes solaires
- Gouttes nasales salines
- Solutions orales d'hydratation commerciales

Signature du parent ou du titulaire de l'autorité parentale

Autorisation pour l'administration de médicaments

Responsable du service de garde: _____ Nom de l'enfant : _____

J'autorise le service de garde à administrer :

- Crèmes à base d'oxyde de zinc pour le siège
- Crèmes solaires
- Gouttes nasales salines
- Solutions orales d'hydratation commerciales

Signature du parent ou du titulaire de l'autorité parentale
