



Autorisation pour l'administration de médicaments

Responsable du service de garde : _____

Nom de l'enfant : _____

Moi, _____ j'autorise la RSG ou son remplaçant, à administrer à mon enfant :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Crèmes pour érythème fessier | <input type="checkbox"/> Baume à lèvres |
| <input type="checkbox"/> Crème solaire | <input type="checkbox"/> Lotion calamine |
| <input type="checkbox"/> Gel lubrifiant en format à usage unique pour la prise de température | <input type="checkbox"/> Gouttes nasales salines |
| <input type="checkbox"/> Crème hydratante | <input type="checkbox"/> Solutions orales d'hydratation |
| | <input type="checkbox"/> Épinéphrine (avec prescription) |

Date : _____

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 : _____

Moi, _____ j'autorise la RSG ou son remplaçant, à administrer à mon enfant :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Crèmes pour érythème fessier | <input type="checkbox"/> Baume à lèvres |
| <input type="checkbox"/> Crème solaire | <input type="checkbox"/> Lotion calamine |
| <input type="checkbox"/> Gel lubrifiant en format à usage unique pour la prise de température | <input type="checkbox"/> Gouttes nasales salines |
| <input type="checkbox"/> Crème hydratante | <input type="checkbox"/> Solutions orales d'hydratation |
| | <input type="checkbox"/> Épinéphrine (avec prescription) |

Date : _____

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 : _____

Moi, _____ j'autorise la RSG ou son remplaçant, à administrer à mon enfant :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Crèmes pour érythème fessier | <input type="checkbox"/> Baume à lèvres |
| <input type="checkbox"/> Crème solaire | <input type="checkbox"/> Lotion calamine |
| <input type="checkbox"/> Gel lubrifiant en format à usage unique pour la prise de température | <input type="checkbox"/> Gouttes nasales salines |
| <input type="checkbox"/> Crème hydratante | <input type="checkbox"/> Solutions orales d'hydratation |
| | <input type="checkbox"/> Épinéphrine (avec prescription) |

Date : _____

Signature du parent ou du titulaire de l'autorité parentale