

Autorisation pour l'administration de médicaments sans prescription

Responsable du service de garde: _____

Nom de l'enfant : _____

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

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

Date: _____

Signature du parent ou du titulaire de l'autorité parentale

Autorisation pour l'administration de médicaments sans prescription

Responsable du service de garde: _____

Nom de l'enfant : _____

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

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

Date: _____

Signature du parent ou du titulaire de l'autorité parentale

Autorisation pour l'administration de médicaments sans prescription

Responsable du service de garde: _____

Nom de l'enfant : _____

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

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

Date: _____

Signature du parent ou du titulaire de l'autorité parentale