



## Autorisation pour médicament

*Date :* \_\_\_\_\_

*Nom de l'enfant :* \_\_\_\_\_

*Nom de la responsable :* \_\_\_\_\_

*Nom du médicament :* \_\_\_\_\_

*No. De la prescription :* \_\_\_\_\_

*Durée de l'autorisation :* \_\_\_\_\_

*Posologie :*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Remarques :*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*J'autorise ma responsable de service de garde en milieu familiale  
reconnue par le Bureau coordonnateur La Marelle des Bois-Francis à  
donner le médicament  
ci -haut mentionné à mon enfant, selon la posologie prescrite.*

\_\_\_\_\_  
*Signature de l'autorité parentale*

\_\_\_\_\_  
*Date*