



## Autorisation écrite du parent pour médicaments sans prescription médicale

Nom du prestataire du service garde : \_\_\_\_\_

Nom du parent : \_\_\_\_\_

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

Nom du médicament à

administrer : Gouttes nasales salines Marque de commerce : \_\_\_\_\_

Instructions relatives à l'administration du médicament : Selon la posologie inscrite sur le contenant

Durée de l'autorisation : Du \_\_\_\_\_ Au \_\_\_\_\_

Signature du parent : \_\_\_\_\_ Date de la signature : \_\_\_\_\_

Nom du médicament à

administrer : Solutions orales salines Marque de commerce : \_\_\_\_\_

Instructions relatives à l'administration du médicament : Selon la posologie inscrite sur le contenant

Durée de l'autorisation : Du \_\_\_\_\_ Au \_\_\_\_\_

Signature du parent : \_\_\_\_\_ Date de la signature : \_\_\_\_\_

Nom du médicament à

administrer : Crème pour le siège à base de zinc Marque de commerce : \_\_\_\_\_

Instructions relatives à l'administration du médicament : Selon la posologie inscrite sur le contenant

Durée de l'autorisation : Du \_\_\_\_\_ Au \_\_\_\_\_

Signature du parent : \_\_\_\_\_ Date de la signature : \_\_\_\_\_

Nom du médicament à

administrer : Lotion calamine Marque de commerce : \_\_\_\_\_

Instructions relatives à l'administration du médicament : Selon la posologie inscrite sur le contenant

Durée de l'autorisation : Du \_\_\_\_\_ Au \_\_\_\_\_

Signature du parent : \_\_\_\_\_ Date de la signature : \_\_\_\_\_

**Nom du médicament à**

**administrer :** Crème solaire sans PABA **Marque de commerce :** \_\_\_\_\_

**Instructions relatives à l'administration du médicament :** Selon la posologie inscrite sur le contenant

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

**Signature du parent :** \_\_\_\_\_ **Date de la signature :** \_\_\_\_\_

**Nom du médicament à**

**administrer :** Crème hydratante **Marque de commerce :** \_\_\_\_\_

**Instructions relatives à l'administration du médicament :** Selon la posologie inscrite sur le contenant

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

**Signature du parent :** \_\_\_\_\_ **Date de la signature :** \_\_\_\_\_

**Nom du médicament à**

**administrer :** Baume à lèvres **Marque de commerce :** \_\_\_\_\_

**Instructions relatives à l'administration du médicament :** Selon la posologie inscrite sur le contenant

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

**Signature du parent :** \_\_\_\_\_ **Date de la signature :** \_\_\_\_\_

**Nom du médicament à**

**administrer :** Gel lubrifiant **Marque de commerce :** \_\_\_\_\_

**Instructions relatives à l'administration du médicament :** Selon la posologie inscrite sur le contenant

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

**Signature du parent :** \_\_\_\_\_ **Date de la signature :** \_\_\_\_\_