

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 :

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

Signature : _____

Date : _____

Signature du parent ou du titulaire de l'autorité parentale