

---

Nom du prestataire de  
service de garde :

---

Nom du parent:

---

Nom de l'enfant :

---

---

Nom du médicament à  
administrer :

---

Instructions relatives à  
l'administration du  
médicament:

---

Durée de l'autorisation : Du : Au :

---

Signature du parent :

Date de signature :

---

---

Nom du médicament à  
administrer :

---

Instructions relatives à  
l'administration du  
médicament:

---

Durée de l'autorisation : Du : Au :

---

Signature du parent :

Date de signature :

---

---

Nom du médicament à  
administrer :

---

Instructions relatives à  
l'administration du  
médicament:

---

Durée de l'autorisation : Du : Au :

---

Signature du parent :

Date de signature :

---

---

Nom du médicament à  
administrer :

---

Instructions relatives à  
l'administration du  
médicament:

---

Durée de l'autorisation : Du : Au :

---

Signature du parent :

Date de signature :

---

---

Nom du médicament à  
administrer :

---

Instructions relatives à  
l'administration du  
médicament:

---

Durée de l'autorisation : Du : Au :

---

Signature du parent :

Date de signature :

---