

|  |
| --- |
| **Autorisation écrite du parent pour médicaments sans prescription médicale** |
|  |

|  |
| --- |
| **Autorisation écrite du parent pour médicaments sans prescription médicale** |

J’autorise \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(RSG, et au besoin, de la personne qui la remplace art.119 et 120 RSGEE)

**À administrer à mon enfant** :

* Solutions nasales salines
* solutions orales d’hydratation

**À appliquer à mon enfant :**

* crème pour l’érythème fessier
* lotion calamine
* gel lubrifiant format à usage unique pour la prise de température
* crème solaire
* crème hydratante
* baume à lèvres

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

Nom et prénom de l’enfant

Durée de validation de l’autorisation (cochez)

* pendant toute la présence de mon enfant au service de garde
* autorisée de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(date)

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

Signature du parent, Date