

**Autorisation d’un professionnel de la santé habilité pour l’administration**

**d’un médicament (art. 118)**

**Nom du prestataire de service de garde : CPE de la chaudière**

**Nom du parent :**

**Nom de l’enfant :**

J’autorise le personnel désigné du CPE de la Chaudière à administrer à mon enfant l’un ou l’autre des produits prescrits ci-dessous.

**À inscrire sur la fiche d’administration des médicaments et d’application d’insectifuge**

Nom du médicament à administrer :

Prescrit par (nom du professionnel) :

Instructions relatives à

l’administration du médicament :

Date d’expiration du produit :

Durée de l’autorisation : Du : Au :

Signature du parent : Date de la signature :

Nom du médicament à administrer :

Prescrit par (nom du professionnel) :

Instructions relatives à

l’administration du médicament :

Date d’expiration du produit :

Durée de l’autorisation : Du : Au :

Signature du parent : Date de la signature :

Mise à jour 1er février 2022

Nom du médicament à administrer :

Prescrit par (nom du professionnel) :

Instructions relatives à

l’administration du médicament :

Date d’expiration du produit :

Durée de l’autorisation : Du : Au :

Signature du parent : Date de la signature :

Nom du médicament à administrer :

Prescrit par (nom du professionnel) :

Instructions relatives à

l’administration du médicament :

Date d’expiration du produit :

Durée de l’autorisation : Du : Au :

Signature du parent : Date de la signature :

Nom du médicament à administrer :

Prescrit par (nom du professionnel) :

Instructions relatives à

l’administration du médicament :

Date d’expiration du produit :

Durée de l’autorisation : Du : Au :

Signature du parent : Date de la signature :

Nom du médicament à administrer :

Prescrit par (nom du professionnel) :

Instructions relatives à

l’administration du médicament :

Date d’expiration du produit :

Durée de l’autorisation : Du : Au :

Signature du parent : Date de la signature :

Mise à jour 1 er février 2022