

## AUTORISATION PARENTALE



### J'autorise :

La RSG \_\_\_\_\_

Sa remplaçante

### Pour l'administration de :

Solutions nasales salines

Solution orale d'hydratation

Lotion calamine

Crème solaire

Crème pour érythème fessier

Crème hydratante

Baume à lèvres

Gel lubrifiant en format à usage unique

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

Durée l'autorisation  Jusqu'à la fin de la fréquentation.

Autres : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature du parent

\_\_\_\_\_  
Date