



## Autorisation parentale pour l'administration d'un médicament

Nom du prestataire de service de garde : **CPE Les Frimousses de la Vallée**

Nom du parent : \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\*1

Nom du médicament à administrer : \_\_\_\_\_

Instructions relative à l'administration du médicament : (Posologie, heure)

\_\_\_\_\_

Durée de l'autorisation : du : \_\_\_\_\_ au : \_\_\_\_\_

Signature du parent : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*2

Nom du médicament à administrer : \_\_\_\_\_

Instructions relative à l'administration du médicament : (Posologie, heure)

\_\_\_\_\_

Durée de l'autorisation : du : \_\_\_\_\_ au : \_\_\_\_\_

Signature du parent : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_