|  |  |
| --- | --- |
| MFAM_comp | Autorisation parentale pour l’administration d’un médicament  |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 :       |