



Autorisation parentale pour l'administration d'un médicament ou d'un produit naturel

Nom du prestataire du service de garde :	
Nom du parent :	
Nom de l'enfant :	

Nom du médicament ou du produit naturel à administrer :	
Instructions relatives à son administration :	
Durée de l'autorisation :	Du : _____ au : _____
Signature du parent :	
Date de la signature :	

Nom du médicament ou du produit naturel à administrer :	
Instructions relatives à son administration :	
Durée de l'autorisation :	Du : _____ au : _____
Signature du parent :	
Date de la signature :	

Nom du médicament ou du produit naturel à administrer :	
Instructions relatives à son administration :	
Durée de l'autorisation :	Du : _____ au : _____
Signature du parent :	
Date de la signature :	

Nom du médicament ou du produit naturel à administrer :	
Instructions relatives à son administration :	
Durée de l'autorisation :	Du : _____ au : _____
Signature du parent :	
Date de la signature :	