



## Autorisation pour médicament

*Date :* \_\_\_\_\_

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

*Nom de la responsable :* \_\_\_\_\_

*Nom du médicament :* \_\_\_\_\_

*No. De la prescription :* \_\_\_\_\_

*Durée de l'autorisation :* \_\_\_\_\_

*Posologie :*

---

---

*Remarques :*

---

---

---

*J'autorise ma responsable de service de garde en milieu familiale reconnue par le Bureau coordonnateur La Marelle des Bois-Francis à donner le médicament ci -haut mentionné à mon enfant, selon la posologie prescrite.*

\_\_\_\_\_  
*Signature de l'autorité parentale*

\_\_\_\_\_  
*Date*

