



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

