

---

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 :

---