



AUTORISATION POUR MÉDICAMENTS PRESCRITS

BC CPE LA GIROUETTE INC.

Date : _____

Nom de l'enfant : _____

Nom du parent : _____

Nom du médecin : _____

Nom du médicament à administrer : _____

Date d'expiration : _____

Durée du traitement : _____

Instructions relatives à l'administration du médicament : _____

☐ J'autorise l'éducatrice du Centre de la Petite enfance La Girouette Inc. qui est responsable de mon enfant à administrer le médicament mentionné plus haut, selon la posologie inscrite.

☐ J'accepte que ce formulaire d'autorisation d'administration de médicaments prescrits pour mon enfant soit affiché à la vue de l'éducatrice.

Durée de l'autorisation : Du _____ Au _____

Signature de l'autorité parentale

Date