**AUTORISATION ÉCRITE DU PARENT POUR MÉDICAMENTS SANS PRESCRIPTION MÉDICALE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom du prestataire de services de garde :** | *BC CPE La Girouette Inc.* |

(Selon le cas : nom du Centre de la Petite Enfance ou de la RSG et, au besoin, de la personne qui remplace conformément au règlement sur les services de garde éducatifs à l’enfance art. 116, 117, 118, 119, 120.)

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom du parent :** |  |
| **Nom de l’enfant :** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom du médicament à administrer (la marque de commerce) :** | | | | *Gouttes nasales salines* | | | | | |
| **Instructions relatives à l’administration du médicament :** | | | | | | *Selon la posologie inscrite sur le contenant.* | | | |
| **Durée de l’autorisation :** | | Du |  | | | | Au |  | |
| **Signature du parent :** |  | | | | **Date de la signature :** | | | |  |
|  |  | | | |  | | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom du médicament à administrer (la marque de commerce) :** | | | | *Solutions orales salines* | | | | | |
| **Instructions relatives à l’administration du médicament :** | | | | | | *Selon la posologie inscrite sur le contenant.* | | | |
| **Durée de l’autorisation :** | | Du |  | | | | Au |  | |
| **Signature du parent :** |  | | | | **Date de la signature :** | | | |  |
|  |  | | | |  | | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom du médicament à administrer (la marque de commerce) :** | | | | *Crème pour le siège à base de zinc* | | | | | |
| **Instructions relatives à l’administration du médicament :** | | | | | | *Selon la posologie inscrite sur le contenant.* | | | |
| **Durée de l’autorisation :** | | Du |  | | | | Au |  | |
| **Signature du parent :** |  | | | | **Date de la signature :** | | | |  |
|  |  | | | |  | | | |  |
| **Nom du médicament à administrer (la marque de commerce) :** | | | | *Lotion calamine* | | | | | |
| **Instructions relatives à l’administration du médicament :** | | | | | | *Selon la posologie inscrite sur le contenant.* | | | |
| **Durée de l’autorisation :** | | Du |  | | | | Au |  | |
| **Signature du parent :** |  | | | | **Date de la signature :** | | | |  |
|  |  | | | |  | | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom du médicament à administrer (la marque de commerce) :** | | | | *Crème solaire sans PABA* | | | | | |
| **Instructions relatives à l’administration du médicament :** | | | | | | *Selon la posologie inscrite sur le contenant.* | | | |
| **Durée de l’autorisation :** | | Du |  | | | | Au |  | |
| **Signature du parent :** |  | | | | **Date de la signature :** | | | |  |
|  |  | | | |  | | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom du médicament à administrer (la marque de commerce) :** | | | | *Crème hydratante* | | | | | |
| **Instructions relatives à l’administration du médicament :** | | | | | | *Selon la posologie inscrite sur le contenant.* | | | |
| **Durée de l’autorisation :** | | Du |  | | | | Au |  | |
| **Signature du parent :** |  | | | | **Date de la signature :** | | | |  |
|  |  | | | |  | | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom du médicament à administrer (la marque de commerce) :** | | | | *Baume à lèvres* | | | | | |
| **Instructions relatives à l’administration du médicament :** | | | | | | *Selon la posologie inscrite sur le contenant.* | | | |
| **Durée de l’autorisation :** | | Du |  | | | | Au |  | |
| **Signature du parent :** |  | | | | **Date de la signature :** | | | |  |
|  |  | | | |  | | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom du médicament à administrer  (la marque de commerce):** | | | | *Gel lubrifiant* | | | | | |
| **Instructions relatives à l’administration du médicament :** | | | | | | *Selon la posologie inscrite sur le contenant.* | | | |
| **Durée de l’autorisation :** | | Du |  | | | | Au |  | |
| **Signature du parent :** |  | | | | **Date de la signature :** | | | |  |
|  |  | | | |  | | | |  |