**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 :** |  |
|  |  |  |  |