

AUTORISATION

Moi _____, j'autorise _____
(Nom du parent) (Nom de la RSG)

d'administrer à _____ et ce, au besoin.
(Nom de l'enfant)

La crème pour érythème fessier _____
(initiales du parent)

Les crèmes solaires
(à partir de 6 mois) _____
(initiales du parent)

Les gouttes nasales salines _____
(initiales du parent)

Lotion calamine _____
(initiales du parent)

Solution orale d'hydratation _____
(initiales du parent)

Crème hydratante _____
(initiales du parent)

Baume à lèvres _____
(initiales du parent)

Gel lubrifiant en format à usage unique _____
(initiales du parent)

Durée de validité

Signature du parent

Date