



## DESCRIPTION DES MÉDICAMENTS/CRÈMES À UTILISER POUR MON ENFANT

### AUTORISATION

J'AUTORISE LE PERSONNEL DE LA GARDERIE À APPLIQUER LES PRODUITS NÉCESSAIRES À LA PROTECTION ET AU BIEN-ÊTRE DE MON ENFANT :

NOM DU MÉDICAMENT :

### EN TANT QUE PARENTS, J'ACCEPTÉ LA RESPONSABILITÉ :

D'INSCRIRE SUR LE CONTENANT AVEC UN MARQUEUR INDÉLÉBILE (PERMANENT) :

1. D'inscrire le nom de leur enfant;
2. D'inscrire la date d'achat;
3. D'avoir la date d'expiration imprimée sur le contenant.

4.	Les instructions relatives au rangement et à l'administration

Date :	
Nom de l'enfant	
Nom d'un parent	
Signature	