

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 permanent :

- D'inscrire le nom de leur enfant
- D'inscrire la date d'achat
- D'avoir la date d'expiration imprimée sur le contenant
- Les instructions relatives au rangement et à l'administration

Nom de l'enfant: _____

Nom du parent: _____

Signature du parent: _____ Date: / /