|  |  |
| --- | --- |
| MFAM_comp | Autorisation parentale pour l’administration d’un médicament |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom du prestataire de service de garde : |  | | |
| Nom du parent: |  | | |
| Nom de l’enfant : |  | | |
|  |  | | |
| Nom du médicament à administrer : |  | | |
| Instructions relatives à l’administration du médicament: |  | | |
| Durée de l’autorisation : | Du : | Au : | |
| Signature du parent : |  | | Date de signature : |
|  |  | | |
| Nom du médicament à administrer : |  | | |
| Instructions relatives à l’administration du médicament: |  | | |
| Durée de l’autorisation : | Du : | Au : | |
| Signature du parent : |  | | Date de signature : |
|  |  | | |
| Nom du médicament à administrer : |  | | |
| Instructions relatives à l’administration du médicament: |  | | |
| Durée de l’autorisation : | Du : | Au : | |
| Signature du parent : |  | | Date de signature : |
|  |  | | |
| Nom du médicament à administrer : |  | | |
| Instructions relatives à l’administration du médicament: |  | | |
| Durée de l’autorisation : | Du : | Au : | |
| Signature du parent : |  | | Date de signature : |
|  |  | | |
| Nom du médicament à administrer : |  | | |
| Instructions relatives à l’administration du médicament: |  | | |
| Durée de l’autorisation : | Du : | Au : | |
| Signature du parent : |  | | Date de signature : |