



122 rue Berri
 Gatineau
 J8Y 4H8
 (819)776-0114

Autorisation parentale pour l'administration d'un médicament

Nous effectuons cette collecte de renseignements personnels afin de pouvoir effectuer l'administration d'un médicament.

Je, _____, autorise les éducatrices du Centre d'activités préscolaires et familiales, à administrer le médicament suivant _____ à mon enfant _____.

Instructions relatives à l'administration du médicament:

Raison :				
Dose :				
Poids :				
À quel moment :				
Autre instruction :				
Durée de l'autorisation :	Du : (j/m/année)	Au : (j/m/année)	////////////////////	////////////////////
			////////////////////	////////////////////

Par le fait même, je décharge l'organisme, ainsi que ses éducatrices de toutes responsabilités en ce qui a trait à cette administration.

Date : _____

Signature du parent : _____