



# PROGRAMME DE HALTE-GARDERIE LE CARROUSEL



## AUTORISATION D'ADMINISTRATION MÉDICAMENTS NON PRESCRITS

**TOUS CES MÉDICAMENTS DOIVENT ÊTRE FOURNIS PAR LE PARENT  
ET LE CONTENANT IDENTIFIÉ AU NOM DE L'ENFANT**

**NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT :** \_\_\_\_\_

### IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT

**NOM DU MÉDICAMENT :** \_\_\_\_\_

- Acétaminophène/Ibuprophène ⇒ concentration : \_\_\_\_ mg
- Insectifuge ⇒ concentration en DEET : \_\_\_\_ %
- Gouttes nasales
- Calamine
- Crème solaire (ne pas inscrire les applications dans le registre des médicaments)
- Crème pour érythème fessier (ne pas inscrire les applications dans le registre des médicaments)
- Autre (identifiez) : \_\_\_\_\_

**Dose (posologie) :** \_\_\_\_\_ **Fréquence :** \_\_\_\_\_

(L'acétaminophène est administré qu'une seule fois en attendant que le parent vienne chercher l'enfant)

**Date d'expiration** (le cas échéant) : \_\_\_\_\_

**Conservation :** \_\_\_\_\_

**Commencer (date) :** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **Terminer (date) :** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
jour mois année jour mois année

### AUTORISATION

**J'autorise** (nom de l'éducatrice) \_\_\_\_\_ à administrer les médicaments  
à mon enfant conformément aux directives citées plus haut.

**Date :** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **Signature du parent :** \_\_\_\_\_  
jour mois année