



PROGRAMME DE HALTE-GARDERIE LE CARROUSEL



FORMULAIRE AUTORISATION D'ADMINISTRATION DE CRÈME POUR L'ÉRYTHÈME FESSIER

LOI DE 2014 SUR LA GARDE D'ENFANTS ET LA PETITE ENFANCE, article 40

VEUILLEZ SVP VOUS ASSURER DE COMPLÉTER CHAQUE SECTION

NOM DE L'ENFANT : _____

Cochez si votre enfant **ne requière pas** de crème pour l'érythème fessier (*vous pouvez alors passer directement à la section signature*).

NOM DU MÉDICAMENT : *Crème pour l'érythème fessier*

Marque de la crème pour l'érythème fessier : _____

Le médicament est-il prescrit par un médecin ? Oui Non

Si oui, veuillez indiquer le nom du médecin : _____

Téléphone du médecin qui a prescrit cette crème : _____

Raison de l'administration de la crème : _____

DOSE : UNE COUCHE SERA ADMINISTRÉE SUR LES PARTIES SUIVANTES (cocher) :

- Pénis / vulve
 Fesses
 Où il y a une rougeur

FRÉQUENCE OU MOMENT OÙ LA CRÈME DOIT ÊTRE ADMINISTRÉE (cocher) :

- À chaque changement de couche
 Lorsqu'il y a des rougeurs

Effets secondaires possibles : _____

Cochez si vous n'avez pas observé d'effets secondaires de cette crème sur votre enfant.

Cesser l'utilisation de cette crème si vous observez les réactions suivantes (décrire) :

ENTREPOSAGE / DATE D'EXPIRATION DE LA CRÈME :

Entreposage (cocher) : dans le sac à dos de l'enfant
 dans l'endroit suivant (spécifiez) : _____

Date expiration de la crème : _____(jour) / _____(mois) / _____(année)

Commencer l'application de la crème pour l'érythème fessier le : _____(jour) / _____(mois) / _____(année)

Terminer l'application de la crème pour l'érythème fessier le : _____(jour) / _____(mois) / _____(année)

J'autorise le personnel de la halte-garderie Le Carrousel à administrer la crème pour l'érythème fessier à mon enfant conformément aux directives citées plus haut.

Signature du parent : _____ **Date :** _____(jour) / _____(mois) / _____(année)