



PROGRAMME DE HALTE-GARDERIE LE CARROUSEL



FORMULAIRE AUTORISATION D'ADMINISTRATION DE CRÈME SOLAIRE

VEUILLEZ SVP VOUS ASSURER DE COMPLÉTER CHAQUE SECTION

NOM DE L'ENFANT : _____

NOM DU MÉDICAMENT : *Crème solaire*

Marque de la crème solaire : _____

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 : *Protection solaire*

DOSE / ADMINISTRATION DE LA CRÈME SOLAIRE :

Dose (quantité) : *Une couche sera administrée sur toutes les parties du corps qui sont à découvert.*

Fréquence ou moment où la crème doit être administrée :

Tel que recommandé par la majorité des fabricants, la crème sera appliquée 15 minutes avant d'aller à l'extérieur et aux deux heures par la suite. La crème sera administrée à nouveau après 40 minutes de baignade ou d'activité à l'eau.

Effets secondaires possibles : _____

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

Cesser l'utilisation du médicament si vous observez les réactions suivantes :

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 les fesses le : _____(jour) / _____(mois) / _____(année)

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

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

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