



## Descriptions des médicaments/crèmes à utiliser pour mon enfant

### AUTORISATION

**J'autorise le personnel de la Garderie Du Soleil Levant à appliquer les produits nécessaires à la protection et au bien-être de mon enfant :**

<b>NOM DU MÉDICAMENT :</b>

**EN TANT QUE PARENT, J'ACCEPTÉ LA RESPONSABILITÉ :**

**D'INSCRIRE SUR LE CONTENANT AVEC UN MARQUEUR PERMANENT :**

1. Nom de l'enfant :
2. Date de l'achat :
3. Date d'expiration imprimée sur le contenant :
4. Les instructions relatives au rangement et l'administration (POSOLOGIE):

---

---

---

Date :	
Nom de l'enfant	
Nom du parent	
Signature	