

AUTORISATION

Moi _____, je demande et j'autorise _____
(Nom du parent) (Nom de l'éducatrice en milieu familial)

d'administrée à _____.
(Nom de l'enfant)

La crème à base d'oxyde de zinc _____
(initiales du parent)

Les crèmes solaires
(à partir de 6 mois) _____
(initiales du parent)

Les gouttes nasales salines _____
(initiales du parent)

Lotion calamine _____
(initiales du parent)

Solution orale d'hydratation _____
(initiales du parent)

Date d'entrée en vigueur

Durée de validité

Signature du parent