AUTORISATION DE MÉDICAMENTS

J'autorise la garderie de l'arc-en-ciel d'administrer :

_____

(nom du médicament)

À mon enfant :_____

Débutant le : _____ (date)

Se terminant le : _____(date)

Suivre les instructions suivantes **:_____ (l'heure à donner)**

Posologie : _____**(montant à donner)**

Réfrigérer : oui____ non____

Réactions anticipées : _____

Preuve d'achat : oui non

Arrêter de donner le médicament si les effets suivants se manifestent :

_____

Signature Date

_____ _____