



AUTORISATION DE MÉDICAMENTS

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

Ombrelle SPF 30

À _____

commençant le _____

Se terminant le _____

Suivre les instructions suivantes : _____

Posologie : _____

Réfrigérer : oui___ non___

Réactions anticipées : _____

Preuve d'achat : oui___ non___

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

Date

Signature
