

---

Nom du prestataire de service de garde : **Garderie Les Petits Voyageurs**

---

Nom du parent :

---

Nom de l'enfant :

---

---

Nom du médicament à administrer :

---

Instructions relatives à l'administration du médicament :

---

Durée de l'autorisation : Du : Au :

---

Signature du parent : Date de signature :

---

---

Nom du médicament à administrer :

---

Instructions relatives à l'administration du médicament :

---

Durée de l'autorisation : Du : Au :

---

Signature du parent : Date de signature :

---

---

Nom du médicament à administrer :

---

Instructions relatives à l'administration du médicament :

---

Durée de l'autorisation : Du : Au :

---

Signature du parent : Date de signature :

---

---

Nom du médicament à administrer :

---

Instructions relatives à l'administration du médicament :

---

Durée de l'autorisation : Du : Au :

---

Signature du parent : Date de signature :

---

---

Nom du médicament à administrer :

---

---

Instructions  
relatives à  
l'administration  
du médicament:

---

Durée de l'autorisation : Du : Au :

---

Signature du parent : Date de signature :

---