AUTORISATIONS PARENTALES POUR ADMINISTRER MÉDICAMENTS SANS PRESCRIPTION

Par la présente, j'autorise (Nom de la RSG) _____ à administrer les médicaments suivants (sans avoir une autorisation d'un professionnel de la santé) à mon enfant (Nom de l'enfant) _____. Si l'autorisation n'est pas convenablement complétée, aucune médication ne sera administrée. En l'absence de la RSG, les personnes ci-dessous nommées sont autorisées à administrer le ou les médicaments.

Nom de l'assistant (e) : _____

Nom du (de la) remplaçant (e) : _____

	Marque de commerce	Durée de validité de l'autorisation	Posologie
• Crème solaire			
• Crème pour érythème fessier			
• Solutions nasales salines			
• Solutions orales d'hydratation			
• Gel lubrifiant en format à usage unique (prise de la température)			
• Crème hydratante			
• Baume à lèvres			
• Lotion calamine			

Nonobstant le premier alinéa, les solutions orales d'hydratation, les gouttes nasales salines, les crèmes pour le siège, les crèmes solaires et l'auto-injecteur d'épinéphrine n'ont pas à être entreposés sous clé et les solutions orales d'hydratation n'ont pas à être conservées à l'écart des denrées alimentaires. De plus, la responsable d'un service de garde en milieu familial doit entreposer les médicaments à l'usage des enfants qu'elle reçoit séparément des autres médicaments utilisés dans la résidence où elle fournit le service.

Signature du parent : _____

Date de la signature : _____