AUTORISATION POUR PRODUITS NON RÉGLEMENTÉS

Nom de l’enfant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

J’autorise la RSG ou la remplaçante en l’absence de la RSG à administrer à mon enfant, et ce pendant toute la durée de fréquentation dans ce milieu, les produits suivants :

*Selon les recommandations du fabricant (Art.116)*

○ Crème solaire sans paba ○ Solution orale d’hydratation ○ Solution nasale saline ○ Crème pour érythème fessier ○ Calamine ○ Gel lubrifiant (format unique)

○ Crème hydratante ○ Baume à lèvres

**\* Pour les deux produits suivants : la solution orale d’hydratation et la lotion calamine, la RSG doit s’assurer que l’administration de ces médicaments à un enfant est consignée au registre tenu à cette fin par la personne qui a administré (art 119).**

Nom du parent (lettres moulées) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du parent : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom du parent (lettres moulées) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du parent : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_**

**REFUS D’ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS**

Je \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, parent de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

atteste avoir reçu toute l’information nécessaire de ma responsable de garde en milieu familial et de mon plein gré, je refuse de signer les autorisations suivantes :

○ Crème solaire sans paba ○ Solution orale d’hydratation ○ Solution nasale saline ○ Crème pour érythème fessier ○ Calamine ○ Gel lubrifiant (format unique)

○ Crème hydratante ○ Baume à lèvres

**Je comprends que si mon enfant n’est pas en mesure de suivre normalement les activités du service de garde, je peux être appelé à venir chercher mon enfant dans les plus brefs délais.**

Nom du parent (lettres moulées) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du parent : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom du parent (lettres moulées) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du parent : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_