



AUTORISATION POUR L'APPLICATION DE LA LOTION CALAMINE

Date : _____

Je : _____
(nom du parent)

Adresse : _____

Autorise par la présente, la RSG _____ (ou sa remplaçante) à appliquer la lotion calamine (pure seulement) à mon enfant _____.
Celle-ci ne doit être appliquée que lors de cas de varicelle. Il importe de suivre les recommandations inscrites sur le produit.

*** Le prestataire de services doit s'assurer que la personne qui administre ce médicament, le consigne à la fiche « administration des médicaments » (Art. 121.2).*

Signature du parent

Date

Signature de la RSG

Date



7225, boul. Laframboise
Saint-Hyacinthe QC J2R 1E3
450 796.4452



375, route 137
La Présentation QC J0H 1B0
450 768.2848
www.cpebcnature.com



910, rue Principale
La Présentation QC J0H 1B0
450 488.0073