



**AUTORISATION POUR
L'ADMINISTRATION DE GOUTTES NAsALES SALINES**

Date : _____

Je : _____
(nom du parent)

Adresse : _____

Autorise par la présente, la RSGE _____ (ou sa remplaçante) à administrer des gouttes nasales salines à mon enfant _____.
Il importe de suivre les recommandations inscrites sur le produit.

Signature du parent

Date

Signature de la RSGE

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