

# Formulaire d'autorisation d'administration de crème solaire

Nom de l'enfant: \_\_\_\_\_

## Nom du médicament : Crème solaire

Marque de la crème solaire: \_\_\_\_\_

Le médicament est-il prescrit par un médecin?    Oui     Non

Raison de l'administration de la crème: Protection solaire

## Dose et administration de la crème solaire

**Dose (quantité) : Une couche sera administrée sur toutes les parties du corps qui sont à découvert.**

Fréquence ou moment où la crème doit être administrée: La crème solaire sera appliquée selon les recommandations du fabricant.

Effets secondaires possibles: \_\_\_\_\_

Cochez si vous n'avez pas observé d'effets secondaires de la crème solaire sur votre enfant.

## Entreposage et date d'expiration de la crème:

Entreposage (cocher)  dans le sac à dos de l'enfant

Date d'expiration de la crème: \_\_\_\_\_

***J'autorise le personnel des Loisirs des Hauts-Sentiers à administrer de la crème solaire à mon enfant conformément aux directives citées plus haut.***

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

Date: \_\_\_\_\_