

Autorisation d'application d'une crème prescrite

Gabarit

Fédération des parents francophones de l'Alberta

Mise à jour avril 2026

AUTORISATION D'APPLICATION D'UNE CRÈME PRESCRITE

**** Remplir le formulaire d'autorisation seulement si la crème est prescrite par un professionnel de la santé. ****

Nom de l'enfant : _____

Nom du produit : _____

Date d'expiration du produit : _____

Début du traitement (jj-mm-aaaa) : _____

Fin du traitement (jj-mm-aaaa) : _____

Décrire les symptômes qui demandent l'application du produit :

Signature du parent : _____ Date : _____

Signature du responsable : _____ Date : _____

Date et initiale de la personne qui applique le produit			