

NOM DU TRAITEMENT	POSOLOGIE	FREQUENCE	DEBUTE LE	FIN LE/DUREE	A DONNER A LA CRECHE
					DATES

Madame, Monsieur....., parent(s) de autorise(nt) l'équipe de la crèche à donner le traitement à..... tel que noté dans le tableau-ci-dessus (ordonnance jointe).

Signature du parent

Signature de la Direction