

SERVICE DE GARDE ARC-EN-CIEL

**AUTORISATION
POMPE À INHALER**

J'autorise mon enfant _____ à conserver dans son sac
d'école sa pompe à inhaler.

Nom du médicament : _____

Date de début : _____ Date de fin : _____

Signature du parent : _____

Date : _____

SERVICE DE GARDE ARC-EN-CIEL

**AUTORISATION
POMPE À INHALER**

J'autorise mon enfant _____ à conserver dans son sac
d'école sa pompe à inhaler.

Nom du médicament : _____

Date de début : _____ Date de fin : _____

Signature du parent : _____

Date : _____