

Autorisation parentale pour la délivrance d'un traitement médical

Je soussigné(e) parent/représentant légal de
l'enfant né le autorise les collaborateurs
de la structure à lui administrer le traitement médical suivant,
ce dernier ne pouvant être pris à un autre moment que lors de son accueil.

Traitement initial : (Merci de préciser le nom du médicament, son dosage et sa posologie)

.....
.....
.....

Merci de prendre connaissance et cocher les consignes suivantes :

- Je m'engage à fournir une copie de l'ordonnance initialement et à chaque changement ou évolution du traitement. Cette copie est obligatoire. Aucun changement (de dosage par exemple) ne pourra être appliqué sur simple avis oral.
- J'ai pris connaissance qu'il m'incombe de fournir la médication ainsi que son réassort à la structure
- J'ai pris connaissance que les médicaments devront être fournis dans leurs **boîtes d'origine**. Si je préfère fonctionner avec un semainier, je laisserai les médicaments sous blister dans la mesure du possible.
- J'ai pris connaissance que les traitements en **automédication ne pourront être délivrés** au sein de la structure.

Fait à :

Le

Signature accompagnée de la mention « lu et approuvé » :