

Autorisation parentale de l'administration d'un médicament avec prescription

Par la présente, j'autorise (Nom de la RSG) _____ à administrer le médicament suivant à mon enfant (Nom de l'enfant) _____, selon la posologie indiquée par le médecin sur la prescription originale. Si l'autorisation n'est pas convenablement complétée, aucune médication ne sera administrée. En l'absence de la RSG, les personnes ci-dessous nommées sont autorisées à administrer le ou les médicaments.

Nom de l'assistant (e) : _____

Nom du (de la) remplaçant (e) : _____

Nom du Médicament : (Le médicament doit être dans son contenant d'origine)	
Instructions – Fréquence et heures :	
Durée de l'autorisation :	
Nom du médecin :	

Signature du parent : _____

Date : _____

La signature du parent confirme que ce médicament a déjà été administré à l'enfant et que celui-ci n'a pas eu de réactions allergiques.

N.B. Tout médicament expiré, fourni par le parent, doit lui être remis.

