

**AUTORISATION PARENTALE
POUR UNE DÉLÉGATION DE TRAITEMENT MÉDICAL**

Par la présente, je soussigné(e) _____
parent/ responsable de l'enfant _____

autorise le personnel éducatif à administrer à mon enfant pour

la période du ____/____/20____ au ____/____/20____ (inclus), le(s) médicament(s) suivant(s):

Dénomination du médicament	Mode d'administration*	Quantité ml, comprimés, cuillères à soupe	 fois par jour	Moment avant / après repas, heure

*mode d'administration : voie orale, suppositoires, application de pommades, spray ou gouttes nasales, gouttes auriculaires, collyres (yeux)

Toute administration de médicaments ne peut se faire que sur autorisation écrite établie sur le formulaire disponible auprès du personnel de la structure d'accueil. **Une copie de l'ordonnance datée du médecin établie au nom de l'enfant sur laquelle figurent les médicaments à administrer ; est obligatoire.**

Le(s) parent(s)/ responsable(s) doi(ven)t amener le médicament dans l'emballage d'origine (marqué du nom et du prénom de l'enfant) avec le mode d'application.

Le prestataire décline toute responsabilité en cas d'effets secondaires entraînés par l'administration correcte du médicament par son personnel.

S'il s'agit d'un médicament qui n'est administré qu'en cas d'urgence, la situation dans laquelle il faut donner le médicament doit être décrite de façon compréhensible pour un non-professionnel de santé. Une instruction par un médecin ou un(e) infirmier/infirmière doit être exigée.

Je donne mon accord afin que le prestataire de service Caritas Jeunes et Familles asbl utilise des données en relation avec le médecin traitant ou le pédiatre, l'état de santé, la prescription de médicaments, la ou les prescription(s) médicale(s) de l'enfant et ce, avec l'intention de fournir les services d'accueil et sauvegarder la santé des enfants et du personnel de la structure d'accueil.

Date et signature des parents/ personne(s) responsable(s) : _____