



AUTORISATION D'administrer un médicament



➤ **Nom de l'enfant :**

Nom du médicament :

Nom du médicament :

Période d'administration du médicament :

Période d'administration du médicament :

Du : au :

Du : au :

Fréquence : Heure d'administration

Fréquence : Heure d'administration

➤ **Prescrit par : (nom du médecin)**

➤ **Durée du traitement :**

➤ **Mode de conservation du médicament :** Armoire Réfrigérateur

*Je soussignée Mr / Mme père / mère / responsable légal
de l'enfant autorise l'assistant sanitaire de la
ville de Talmont Saint Hilaire- (Service enfance et Jeunesse) à administrer le médicament
suivant à mon enfant tel que prescrit par le médecin. Je dégage toute responsabilité
pouvant découler de ce médicament ou de tous les effets secondaires résultant de
l'administration de celui-ci. De plus, je renonce à tout recours pouvant découler
directement ou indirectement de cette administration.*

**La boîte d'emballage d'origine du médicament est à fournir
obligatoirement avec l'ordonnance.**

Fait à

Le

Signature de l'autorité parentale :
précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé"