AUTORISATION D'administrer un médicament

- **Nom de l'enfant** : .....

Nom du médicament : .....
Période d'administration du médicament :
Du : ..... au : .....
Fréquence : ..... Heure d'administration .....

Nom du médicament : .....
Période d'administration du médicament :
Du : ..... au : .....
Fréquence : ..... Heure d'administration .....

Nom du médicament : .....
Période d'administration du médicament :
Du : ..... au : .....
Fréquence : ..... Heure d'administration .....

Nom du médicament : .....
Période d'administration du médicament :
Du : ..... au : .....
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 légaux 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 dans une enveloppe au nom du jeune.

Fait à ..... Le .....

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