



## AUTORISATION PARENTALE

### Administration d'un médicament prescrit

**J'autorise** l'administration du médicament nommé ci-dessous par :

La RSG \_\_\_\_\_

Sa remplaçante

**Seulement** pour l'administration de l'Epipen, j'autorise son assistante  \*

Nom du médicament à administrer : \_\_\_\_\_

Instructions relatives à son administration : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Durée l'autorisation  Jusqu'à la fin de la fréquentation.

Autres : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature du parent

\_\_\_\_\_  
Date

\* L'assistante ne peut administrer de médicament aux enfants, SAUF l'épinéphrine (Epipen).