
Autorisation parentale

Je soussigné(e).....
Père/mère/tuteur/autre (barrer la mention inutile):
autorise l'équipe d'animation à assurer le suivi des médicaments cités ci-dessous à (prénom + nom du participant) :
durant le SEJOUR / PLAINES (barrer la mention inutile), organisé(e) par le service Jeunesse de la Mutualité chrétienne qui se déroulera :
Du/...../20..... au/...../20..... à(localité + Pays).

- Nom du médicament :

Principe actif :
Mode d'administration :
Dosage :
Fréquence :
Durée du traitement :

- Nom du médicament :

Principe actif :
Mode d'administration :
Dosage :
Fréquence :
Durée du traitement :

- Nom du médicament :

Principe actif :
Mode d'administration :
Dosage :
Fréquence :
Durée du traitement :

Coordonnées du médecin traitant :

Prénom, nom (du participant) est apte / n'est pas apte à prendre seul le(s) médicament(s) cité(s) ci-dessus. Si le participant est autonome dans sa prise de médicaments, celle-ci sera sous la responsabilité de ce dernier. Si non, l'équipe d'animation assurera l'administration et le suivi du traitement selon les modalités précisées ci-dessus. En aucun cas les médicaments ne peuvent être donnés à d'autres participants.

Il est de votre responsabilité de vous assurer que l'équipe d'animation a bien compris les consignes. Le responsable a la possibilité de refuser la participation à l'activité à un participant s'il ne se sent pas capable d'effectuer les soins.

Fait à, le/...../20.....
Signature