

**AUTORISATION D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENT
OU AUTRE PRODUIT NON PRESCRIT PAR LE MÉDECIN**

Le parent doit signer le formulaire d'autorisation pour chaque médicament ou produits non prescrit par le médecin. Le personnel pourra administrer ces produit seulement si les deux critères suivants sont respectés.

- Avoir compléter le formulaire ci-dessous pour chacun des produits à administrer
- **Avoir une étiquette du pharmacien collé sur le produit comprenant les informations suivantes (le nom de votre enfant, le nom du médecin traitant, le nom de la pharmacie et ses coordonnées ainsi que la posologie exacte)**

Usager

NOM	PRÉNOM
DATE DE NAISSANCE	

Autorisation parentale

J'autorise le personnel du Centre de répit-dépannage aux Quatre Poches Inc. à administrer ce produit ou médicament non prescrit par un médecin (inscrire le nom du produit ou du médicament) _____

à (inscrire le nom et prénom de l'utilisateur)

selon la posologie inscrite par l'étiquette du pharmacien et ce, au nom de cette personne.

Signature du parent ou tuteur

Date