

**Service de l'enfance et de la jeunesse**

**Centre aéré**

Tél du centre aéré 079 500 60 16

E-Mail : centreaere@gland.ch

## **Autorisation parentale pour l'administration de médicament(s) à un enfant**

- Médicament(s) prescrit par un médecin**
- Automédication demandée par les responsables légaux<sup>1</sup>**

Nous, soussignés (Nom(s), Prénom(s))....., agissant en tant que parents et/ou responsables légaux de l'enfant (Nom, Prénom) ....., autorisons l'équipe éducative du Centre aéré d'administrer le(s) médicaments suivants à notre enfant :

**Nom du médicament N°1:**

.....

Heure(s)d'administration : .....

Posologie : .....

**Nom du médicament N°2:**

.....

Heure(s)d'administration : .....

Posologie : .....

**Nom du médicament N°3:**

.....

Heure(s)d'administration : .....

Posologie : .....

Par cette décharge, le personnel éducatif est libéré de toute responsabilité.

Date et Signature :

***Merci de retourner ce document dûment signé et daté à la responsable du Centre aéré.***

---

<sup>1</sup> Dans les deux cas, et pour chaque médicament, l'indication sur l'emballage d'origine du nom et prénom de l'enfant, de la posologie et du mode d'emploi doivent être spécifiés clairement.