

Code à barres

N° de dossier

Autorisation pour l'administration de médicaments en famille d'accueil jeunesse

Nom et prénom

Date de naissance (AAAA-MM-JJ)

IDENTIFICATION

Nom du (des) parent(s) :

Nom du (des) responsable(s)
de la famille d'accueil :

J'autorise la ressource à administrer :

- Acétaminophène (type Tempra, Atasol, Tylenol ou la marque de commerce) pourvu qu'il soit conforme à la posologie du fabricant en regard du poids de l'enfant ou aux recommandations du service Info-santé.
- Insectifuge contenant du DEET (N, N-diéthyl-m-toluamide) à une concentration maximale de 10%. Il est interdit d'utiliser tout produit combiné d'écran solaire et insectifuge et il n'est pas recommandé d'utiliser tout autre produit insectifuge (exemple : citronnelle, lavande).
- Crème pour érythème fessier.
- Crème solaire sans PABA.
- Goutte nasale saline.
- Lotion calamine.
- Solution orale d'hydratation commerciale.
- Baume à lèvres.
- Tout autre médicament faisant l'objet d'une ordonnance par un médecin, un pharmacien (étiquette apposée sur le contenant) ou une infirmière.
- Je consens à ce que l'établissement fasse analyser le profil pharmacologique de mon enfant par un pharmacien.
- Tout autre médicament en vente libre après analyse du profil pharmaceutique par un pharmacien.

*Cette autorisation est valide pour la durée du placement de mon enfant dans la famille d'accueil.

*Cette autorisation peut être révoquée en tout temps par écrit par la personne signataire

Signature parent ou titulaire de l'autorité parentale

Signature parent ou titulaire de l'autorité parentale

Date : _____

Date : _____

RÉVOCATION DE L'AUTORISATION

Signature parent ou titulaire de l'autorité parentale

Signature parent ou titulaire de l'autorité parentale

Date : _____

Date : _____