

<b>AUTORISATION PARENTALE</b> <b>(en cas de convulsion thermique connue et documentée dans le certificat médical)</b>
--

Luxembourg, le.....

Par la présente, je soussigné/e.....,

mère/père de l'enfant.....,

autorise les éducatrices de l'institution \_\_\_\_\_

à attribuer à mon enfant en cas de fièvre élevée (température à indiquer.....) le/les médicament/s suivants,

--

si je ne peux pas me rendre à l'institution dans la demi-heure qui suit le coup de téléphone afin de minimiser le risque de convulsion thermique connue et documentée dans le certificat médical.

Je suis tenu/e d'apporter le médicament prescrit par le pédiatre (copie de l'ordonnance à jour est jointe) et de venir chercher mon enfant dans les meilleurs délais suite à l'appel reçu par l'institution. Je suis conscient (e) qu'un abaissement médicamenteux de la température et des douleurs par une médication risque de camoufler des causes éventuellement graves.

Je donne mon accord afin que le prestataire de service Caritas Jeunes et Famille utilise des données en relation avec le médecin traitant ou le pédiatre, l'état de santé, la prescription de médicaments, la ou les prescriptions médicales de l'enfant et ce, avec l'intention de fournir les services d'accueil et sauvegarder la santé des enfants et du personnel de la structure d'accueil.

Signature du/des parent/s

.....