



Autorisation parentale pour la prescription de médicaments

À compléter par le médecin si l'enfant doit prendre un médicament.

Nom et prénom :

Adresse :

Téléphone :

Prescription médicale

Je soussigné-e Docteur-e en médecine,
atteste que
a besoin de prendre les médicaments mentionnés ci-dessous durant le séjour organisé par
....., qui se déroulera du/...../20..... au/...../20.....
à(localité).

- 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 :

Fait à, le// 20.....

Cachet du médecin

Signature

Le traitement des données médicales est effectué dans le cadre de nos activités légitimes et moyennant les garanties appropriées, conformément à l'article 9 §2 du Règlement général relatif à la protection des données. Les informations contenues dans l'autorisation de prescription de médicament sont confidentielles. Les animateurs à qui ces informations sont confiées sont tenus de respecter la législation relative à la protection de la vie privée ainsi qu'au devoir de discrétion prévu dans la loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires. Les informations communiquées ici ne peuvent donc être divulguées si ce n'est au médecin ou tout autre personnel soignant consulté. Ces données seront détruites au plus tard un an après le séjour si aucun dossier n'est ouvert.