



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DES PARENTS POUR L'ACCOMPAGNEMENT D'UN GRAND-PARENT À LA CLINIQUE

Je, _____ (nom du parent), en tant que parent ou tuteur légal de _____ [nom de l'enfant], donne mon consentement pour que _____ [nom du grand-parent], grand-parent de _____ [nom de l'enfant], l'accompagne à la *Clinique de Soins Infirmiers de Lévis* pour recevoir des soins médicaux.

Je comprends que _____ [nom du grand-parent] sera responsable de la supervision de _____ [nom de l'enfant] pendant la visite à la clinique. Je reconnais que j'ai informé _____ [nom du grand-parent] des antécédents médicaux de _____ [nom de l'enfant], des allergies, des médicaments actuels et des autres informations pertinentes pour ses soins de santé.

Je comprends également que la clinique peut nécessiter la signature de formulaires de consentement supplémentaires avant que _____ [nom de l'enfant] ne reçoive des soins médicaux et que _____ [nom du grand-parent] sera autorisé à signer ces formulaires en mon nom en tant que représentant désigné pour l'accompagnement de _____ [nom de l'enfant] pendant la visite.

En signant ce formulaire, je confirme que j'ai lu et compris les termes de ce formulaire et que je donne mon consentement pour que _____ [nom du grand-parent] accompagne _____ [nom de l'enfant] à la clinique pour recevoir des soins médicaux.

Signature du parent/tuteur légal : _____ Date : _____

Signature du grand-parent : _____ Date : _____