



## 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 : \_\_\_\_\_