



## FORMULAIRE D'AUTORISATION D'UNE PERSONNE DESIGNÉE

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

Je comprends que la personne désignée sera responsable de la supervision de mon enfant pendant la visite à la clinique. Je reconnais que j'ai informé la personne désignée des antécédents médicaux de mon 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 mon enfant ne reçoive des soins médicaux et que cette personne désignée sera autorisée à signer ces formulaires en mon nom.

En signant ce formulaire, je confirme que j'ai lu et compris les termes de ce formulaire et que je donne mon consentement pour cet accompagnement.

Signature du parent/tuteur légal : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature de la personne désignée: \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_