



Décharge d'administration de médicaments

A remplir et à remettre obligatoirement au secrétariat du Service d'Education et d'Accueil

Par la présente, je soussigné(e)

.....
(nom et prénom du responsable légal)

père mère tuteur de l'enfant

.....
(nom et prénom de l'enfant)

autorise le personnel encadrant mon enfant en mon nom et sous ma responsabilité à lui administrer le médicament suivant :

Nom du médicament :

Durée du traitement : à partir du jusqu'au

Fréquence : par jour

Quantité : comprimés / cuillères à café / sachets / globules / mesures de ml

matin midi après-midi
 avant les repas pendant les repas après les repas

Le médicament est à conserver :

au frigo à température ambiante

Le médicament devra, pendant la durée du traitement :

être emporté à la maison rester à la Maison Relais

Prière de mettre le nom de l'enfant sur le médicament.

Les parents sont tenus de remettre **une ordonnance médicale** mentionnant exactement la dose à administrer à l'enfant et la durée de prise du médicament.

Cette mesure concerne tous les médicaments, y compris les médicaments homéopathiques et ceux disponibles en vente libre.

Cette copie est indispensable pour que l'administration du médicament puisse être garantie.

Bascharage / Clemency, le

.....
(signature du représentant légal)