Crèche Beim Musekshaus
4, rue de la Gare
L-7773 Bissen

+ 352 83 50 03 - 420
direction.cmus@elisabeth.lu

ANNEXE 03

Demande de délégation d'un acte d'aide

Distribution de médicaments

Pour chaque ordonnance médicale veuillez introduire une nouvelle fiche « Demande de délégation d'un acte d'aide »

Je soussigné(e) _____ _____
Prénom et Nom du représentant légal de l'enfant

demande pour mon enfant _____ _____ _____
Prénom et Nom de l'enfant matricule de l'enfant

sur prescription médicale du médecin Dr. _____
Nom du médecin

Médicament 1 :

L'administration du médicament _____
nom du médicament

☐ Mon enfant suit un traitement médical **temporaire.**
☐ Mon enfant suit un traitement médical de manière **régulière.**
☐ Mon enfant se trouve en situation d'urgence (suivant protocole d'urgence ou **P**rojet d'**A**ccueil **I**ndividualisé).

Suivant l'ordonnance médicale **pour cette maladie**, le médicament est à administrer suivant la posologie suivante :	à partir du ____/____/_____(date) et jusqu'au ____/____/_____ (date). _____ fois par jour , aux heures suivantes : _____ / _____ / _____(hres) Le médicament est à conserver au réfrigérateur ☐ oui ☐ non.

Remarques
Anmerkungen

Médicament 2 :

L'administration du médicament _____
nom du médicament

☐ Mon enfant suit un traitement médical **temporaire.**
☐ Mon enfant suit un traitement médical de manière **régulière.**
☐ Mon enfant se trouve en situation d'urgence (suivant protocole d'urgence ou **P**rojet d'**A**ccueil **I**ndividualisé).

Suivant l'ordonnance médicale **pour cette maladie**, le médicament est à administrer suivant la posologie suivante :	à partir du ____/____/_____(date) et jusqu'au ____/____/_____ (date). _____ fois par jour , aux heures suivantes : _____ / _____ / _____(hres) Le médicament est à conserver au réfrigérateur ☐ oui ☐ non.

Remarques
Anmerkungen

Autorisation:
Erlaubnis

Par la présente je donne délégation d'acte d'aide au personnel du Service d'éducation et d'accueil (SEA) en charge de la garde de mon enfant, afin qu'il puisse administrer à mon enfant le(s) médicament(s) décrit(s) ci-avant.
Je certifie par la présente que le médicament a été prescrit par le médecin traitant pour la maladie actuelle en cours de mon enfant.
Je suis conscient (e) qu'il est de ma responsabilité de veiller à la mise à jour des informations concernant l'état de santé de mon enfant et d'informer immédiatement par écrit le SEA de tout changement important concernant l'administration de ces médicaments à mon enfant.
Cette autorisation expire le jour de la fin de la prescription médicale et au plus tard le 14.09 de l'année scolaire en cours.

Lieu:
Ort:

Date:
Datum

_____
Signature du représentant légal
Unterschrift der erziehungsberechtigten Person

_____
Signature du représentant légal
Unterschrift der erziehungsberechtigten Person

!! Joindre obligatoirement : - *l'ordonnance médicale en question !!*
- *la notice du médicament*
- *le doseur (cuillère, etc) du médicament*

elisabeth
am sozialen déngscht zu lëtzebuerg
Enfance, Jeunesse, Handicap, Senior
elisabeth.lu