|  |  |
| --- | --- |
| Crèche Bim BamService d’éducation et d’accueil79A, route de LuxembourgL-9125 SchierenT +352 268057-90 F +352 268057-91 direction.csie@elisabeth.lu [www.elisabeth.lu](http://www.elisabeth.lu) | *Formulaire SEA-12* |

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.J’ai connaissance 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* |

***!! Joindre obligatoirement :*** *- l’ordonnance médicale en question !!*

* *la notice du médicament*
* *le doseur (cuillère, etc) du médicament*