

**Crèche Louklëppelcher**  
Maison 84  
L-9768 Reuler

+ 352 27800-603  
[direction.clou@elisabeth.lu](mailto:direction.clou@elisabeth.lu)  
[clou.elisabeth.lu](http://clou.elisabeth.lu)

## Délégation d'un acte d'aide

### Administration de médicaments

Formulaire SEA-12

*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 médicamenteux **temporaire**.
- Mon enfant suit un traitement médicamenteux de manière **régulière**.
- Mon enfant se trouve en situation d'urgence (suivant protocole d'urgence ou **Projet d'Accueil Individualisé**).

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:

## 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 **Projet d'Accueil Individualisé**).

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:

## Autorisation:

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: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Signature du représentant légal \_\_\_\_\_

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

Réservé à l'administration	
Fiche remise	le ____/____/____ à _____ heures
Mode de remise	<input type="checkbox"/> courriel <input type="checkbox"/> envoi postal <input type="checkbox"/> en main propre <input type="checkbox"/> boîte SAS _____