

Crèche Louklëppelcher
Maison 84
L-9768 Reuler

+ 352 27800-603
direction.clou@elisabeth.lu
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) _____ et _____
Prénom et Nom du représentant légal de l'enfant

demande pour mon enfant _____ et _____
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

- !! A 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 _____