

**Maison Relais Dappeshaus**  
Service d'éducation et d'accueil

7, rue du Pont  
L-9353 Bettendorf

T +352 28 12 54 500  
F +352 28 12 54 506  
direction.rbet@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) \_\_\_\_\_ et \_\_\_\_\_  
Prénom et Nom du représentant légal de l'enfant

demande pour mon enfant \_\_\_\_\_ et \_\_\_\_\_ matricule de l'enfant  
Prénom et Nom 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 **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 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 **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 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