

**Maison Relais Packatuffi**

119, Am Bierg  
L-9768 Reuler

+ 352 27800-602  
inscription.rpac@elisabeth.lu  
**rpac.elisabeth.lu**

## **Demande de délégation d'un acte d'aide** Distribution de médicaments

Formulaire SEA-06

*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 \_\_\_\_\_  
Prénom et Nom de l'enfant matricule de l'enfant

sur prescription médicale du médecin Dr. \_\_\_\_\_  
Nom du médecin

<b>Médicament 1 :</b>	
L'administration du médicament _____ <small style="margin-left: 150px;">nom du médicament</small>	
<input type="checkbox"/> Mon enfant suit un traitement médical <b>temporaire</b> . <input type="checkbox"/> Mon enfant suit un traitement médical de manière <b>régulière</b> . <input type="checkbox"/> Mon enfant se trouve en situation d'urgence (suivant protocole d'urgence ou <b>Projet d'Accueil Individualisé</b> ).	
Suivant l'ordonnance médicale <b>pour cette maladie</b> , 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 <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non.
<b>Remarques</b>	

## 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"/> remis en main propre <input type="checkbox"/> courriel <input type="checkbox"/> envoi postal _____

2/2