

Spillkëscht Muffert
1B, rue de Medingen
L-5335 Moutfort

+ 352 35 84 02 - 400
direction.cmou@elisabeth.lu
cmou.elisabeth.lu

Demande de délégation d'un acte d'aide Distribution 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 _____ <small style="margin-left: 150px;">nom du médicament</small>	
<input type="checkbox"/> Mon enfant suit un traitement médical temporaire . <input type="checkbox"/> Mon enfant suit un traitement médical de manière régulière . <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non.
Remarques Anmerkungen	

Médicament 2 :		
L'administration du médicament _____ nom du médicament		
<input type="checkbox"/> Mon enfant suit un traitement médical temporaire .		
<input type="checkbox"/> Mon enfant suit un traitement médical de manière régulière .		
<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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. 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.		
<u>Lieu:</u> Ort:	<u>Date:</u> Datum	<u>Signature du représentant légal</u> Unterschrift der erziehungsberechtigten Person

- !! 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 _____