



DEMANDE D'ADMINISTRATION DE TRAITEMENT EN CAS DE MALADIE

NOM et prénom de l'enfant : _____

Je soussigné(e) _____ autorise par la présente le personnel du SEA Päiperlék Junglinster, d'administrer à l'enfant pré mentionné les médicaments selon **la prescription médicale jointe en annexe**.

Les soussignés déclarent d'être informé du fait que le SEA ne dispose pas de personnel qualifié du domaine des professions de santé.

En outre, ils acceptent les conditions relatives à l'administration de médicaments telles qu'elles sont stipulées dans le règlement interne (ROI).

Durée du traitement : du _____ au _____

Heure de l'administration : _____

Nom du médicament : _____

- Posologie / Voie d'administration :
- ☐ voie orale (sirop)
 - ☐ spray / gouttes nasales
 - ☐ gouttes dans les yeux
 - ☐ application de pommade / crème

Dosage exacte : _____

Conservation du médicament : ☐ réfrigérateur ☐ température ambiante

Nom et téléphone du médecin traitant : _____

- | | |
|--------------------------------|---|
| <i>Veuillez noter :</i> | <ul style="list-style-type: none">• <i>L'annexion de l'ordonnance médicale en vigueur s'impose</i>• <i>Le médicament doit porter le nom de l'enfant ; la posologie du traitement à administrer est clairement inscrite sur l'emballage</i>• <i>En cas de nécessité d'informations supplémentaires, le soussigné autorise le personnel du SEA Päiperlék à prendre contact avec le médecin traitant de l'enfant.</i> |
|--------------------------------|---|

.....
Signature du tuteur légal

.....
Date