



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
 - suppositoire

Dosage exacte : _____

Conservation du médicament : Réfrigérateur température ambiante

Nom et Téléphone du médecin traitant : _____

Veillez noter :

- ***L'annexion de l'ordonnance médicale en vigueur s'impose***
- ***Le médicament doit porter le nom de l'enfant ; la posologie du traitement à administrer est clairement inscrite sur l'emballage***
- ***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.***

.....
Signature du tuteur légal

.....
Date