



Stand 2021

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 d'ordre 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 précis: _____

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