

Demande d'administration de médicament

Je soussigné(e) mère/père de l'enfant _____

Autorise le personnel éducatif à administrer à mon enfant pour la période du

____ / ____ /20__ au ____ / ____ /20__ (inclus) le(s) médicament(s) suivant(s) :

	Dénomination du médicament	Mode d'administration	Quantité (ml, cuillère etc..)	Nombres fois par jour	Moment de la journée (matin, midi etc.)
1					
2					
3					

Le médicament est à conserver : au frigo à température ambiante

Le médicament devra le soir : être emporté à la maison resté à la crèche

Médecin consulté : oui non

Toute administration de médicament ne peut se faire que sur autorisation écrite établie sur le formulaire disponible auprès du personnel de l'EVE des Grands Hutins ou sur notre site internet. Une copie de l'ordonnance datée du médecin, établie au nom de l'enfant, sur laquelle figure les médicaments à administrer est obligatoire.

Le(s) parent(s) doit (doivent) amener le médicament dans l'emballage d'origine, marqué avec le nom et prénom de l'enfant et avec le mode d'application (étiquette de la pharmacie)

Cette mesure concerne tous les médicaments, y compris les médicaments homéopathiques et ceux disponible en vente libre.

Date et signature du (des) parent(s): _____