

PARASCOLAIRE ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS

A remplir par le parent :

Je demande **exceptionnellement** à la structure d'accueil l'administration de médicament.

ENFANT

Nom :

Prénom :

MÉDICATION

Prescription médicale Automédication

.....

Motif du traitement :

Nom du médicament :

Horaires d'administration :

Posologie :

Durée du traitement : Du : Au :

Par cette signature, le/les parent-s prennent l'entière responsabilité de la médication de leur enfant et de ses éventuelles conséquences.

Date :

Signature du parent :

Visa du professionnel :

Remarques :

Le médicament doit être réceptionné dans sa boîte d'origine avec la notice d'emballage.
S'il est sur prescription médicale, une posologie doit être indiquée, avec le nom de l'enfant.

Nous vous rendons attentifs aux dates de péremption des médicaments qui sont parfois de 3 à 6 mois une fois le médicament ouvert (Par exemple : Dafalgan et irfen/algifor). Il est important pour la structure que la date d'ouverture du médicament soit notée sur l'emballage.

