

## PRESCOLAIRE 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 :

*Indiquez l'heure de prise*

.....

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 ou Algifor). Il est important pour la structure que la date d'ouverture du médicament soit notée sur l'emballage.*

