STRUCTURE D'ACCUEIL DE LA PETITE ENFANCE

DEMANDE D'ADMINISTRATION DE MEDICAMENTS

À remplir par les parents

Madame, Monsieur, chers parents,

Afin de pouvoir accueillir et prendre soin au mieux de votre enfant, il est important que l'équipe éducative ait quelques informations sur le traitement suivi.

Si nécessaire, l'équipe en charge de votre enfant peut faire appel à l'infirmière et au médecin du Service de santé de l'enfance et de la jeunesse (SSEJ).

Les médicaments de catégories A et B (voir emballage) peuvent être administrés uniquement sur prescription d'un médecin ou étiquetés par la pharmacie (nom de l'enfant, date, posologie, durée).

L'ENFANT

Nom et prénom : .....Poids ……

Problème de santé : .....Depuis le :.....

Le médecin a-t-il été contacté ? ☐ Non ☐ Oui, le : .....

MÉDICAMENT 1

Nom du médicament : .....Dosage : .....

Sur prescription médicale ? ☐ Oui ☐ Non

Heures d'administration du médicament : .....

Date de fin de traitement : .....

MÉDICAMENT 2

Nom du médicament : .....Dosage : .....

Sur prescription médicale ? ☐ Oui ☐ Non

Heures d'administration du médicament : .....

Date de fin de traitement : .....

MÉDICAMENT 3

Nom du médicament : .....Dosage : .....

Sur prescription médicale ? ☐ Oui ☐ Non

Heures d'administration du médicament : .....

Date de fin de traitement : .....

Par la présente, j'autorise le personnel de la crèche à administrer les médicaments susmentionnés selon les posologies et heures indiquées.

Date : ..... Signature d'un responsable légal : .....