

Fiche de délégation parentale pour l'administration de médicaments

A remplir obligatoirement et à remettre à un collaborateur de la Maison relais Krounebiérg

Je soussigné(e) _____ délègue par la présente l'administration de médicaments au personnel de la Maison relais Krounebiérg.

Nom et prénom de l'enfant : _____

Nom du médicament : _____

Durée du traitement : à partir du _____ jusqu'au _____ 20 ____

Fréquence : ____/jour

Quantité : _____ comprimé(s), _____ cuillères à café, _____ sachets, _____ globules,
mesure de _____ ml , _____ dose(s)

☐ matin ☐ midi ☐ après-midi

☐ avant le repas ☐ pendant le repas ☐ après le repas

Le médicament est à conserver :

☐ au frigo

☐ à température ambiante

Prière de mettre le nom de l'enfant sur le médicament.

Une copie de la prescription médicale est indispensable pour que l'administration d'un médicament puisse être garantie par le personnel de la Maison relais Krounebiérg.

Date et signature : _____