

**DEMANDE D'ADMINISTRATION DE MEDICAMENTS ET/OU SOINS****À remplir par les parents,**

Pour tout besoin de santé nécessitant des mesures particulières dans l'institution, 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).

**L'ENFANT**

Nom et prénom : .....

Maladie ou problème de santé : .....

Depuis le : .....

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

**MEDICAMENT 1**

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

Sur prescription médicale ? ♦ Oui ♦ Non

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

Date de fin de traitement : .....

**MEDICAMENT 2**

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

Sur prescription médicale ? ♦ Oui ♦ Non

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

Date de fin de traitement : .....

**MEDICAMENT 3**

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

Sur prescription médicale ? ♦ Oui ♦ Non

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

Date de fin de traitement : .....

Date : ..... Signature des parents : .....