

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 :