

DEMANDE D'ADMINISTRATION DE MEDICAMENTS

*À remplir par les parents,
à l'intention de l'équipe éducative de la structure d'accueil de la petite enfance (SAPE)*

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.

Pour tout besoin de santé nécessitant des mesures particulières dans la SAPE, 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 :

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 :