

**Annexe 5 :**

**Fiche de délégation parentale d'un acte d'aide / médicale**

**À remplir et à remettre obligatoirement au responsable du service d'éducation et d'accueil**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ (nom et prénom du tuteur légal) délègue par la présente, un acte d'aide au personnel du service d'éducation et d'accueil de Koerich.

Je délègue l'administration du médicament \_\_\_\_\_ à mon enfant \_\_\_\_\_ (Nom et Prénom de l'enfant).

**Durée du traitement :** à partir du \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ jusqu'au \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

**Fréquence :** \_\_\_\_\_ par jour.

**Quantité à chaque fois :** \_\_\_\_\_ comprimés / cuillères à café / sachets / globules  
autre : \_\_\_\_\_ ou \_\_\_\_\_ ml.

<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> Midi	<input type="checkbox"/> Après-Midi
<input type="checkbox"/> Avant le repas	<input type="checkbox"/> Pendant le repas	<input type="checkbox"/> Après le repas

<b>Le médicament est à conserver :</b>	<b>Le médicament devra, pendant la durée du traitement :</b>
<input type="checkbox"/> Au frigo <input type="checkbox"/> A température ambiante	<input type="checkbox"/> Être emporté à la maison tous les jours <input type="checkbox"/> Rester au service d'éducation et d'accueil (Maison Relais)

Les parents sont tenus de remettre **une ordonnance médicale** mentionnant exactement la dose à administrer à l'enfant et la durée de prise du médicament, ainsi que de noter le nom de l'enfant sur le médicament.

Cette mesure concerne **tous les médicaments**, y compris les médicaments homéopathiques et ceux disponibles en vente libre.

Cette copie est indispensable pour que l'administration du médicament puisse être garantie, sans ce document nous n'administrons pas de médicaments aux enfants.

**Date et signature d'un représentant légal :** \_\_\_\_\_