

Autorisation parentale pour une délégation de traitement médical

Par la présente, je soussigné(e)

père mère tuteur de

l'enfant _____

Adresse : _____

Vous prie de bien vouloir administrer à mon enfant le traitement suivant selon la prescription et les consignes médicales annexées*.

Nom du médicament :

Préparation : comprimé crème gouttes suppositoire

autre

Quantité (ml, comprimés, cuillères à soupe ...) _____

Voie d'administration : _____

Durée du traitement : _____

Remarques éventuelles : _____

Conservation du médicament : au réfrigérateur à température ambiante.

Nom du médecin traitant : _____

Adresse postale : 3A Dikrecherstrooss L-8523 Beckerich

Tel. Bureau : 23 62 21 – 820 **Tel. Mobile :** 621 827 036 **E-mail :** educateur@beckerich.lu

- L'annexion de **l'ordonnance médicale** en vigueur s'impose.
- **Le médicament doit porter le nom de l'enfant** ; la posologie du traitement à administrer est clairement inscrite sur l'emballage.

Signature de la mère, du père ou du tuteur de l'enfant :

Signature d'un membre du personnel éducatif :

Date :

Sans ordonnance médicale et délégation parentale remplie et signée, l'équipe éducative refusera le traitement médical.