

Maison Relais Conter

Service d'éducation et d'accueil

40, rue de Syren
L-5316 CONTERN

T +352 26 78 69 560
F +352 26 78 69 669
direction.rcon@elisabeth.lu
www.elisabeth.lu

ANNEXE 6

Demande de délégation d'un acte d'aide

Distribution de médicaments

Par la présente, je soussigné(e) _____ ,
demande pour mon enfant _____ , né le ____/____/____ ,
sur prescription médicale du Docteur _____ la distribution du médicament :

- en traitement médical temporaire
- de manière régulière
- en situation d'urgence (suivant protocole d'urgence ou Projet d'Accueil Individualisé)

Dénomination du médicament : _____

Suivant prescription à prendre _____ fois par jour, ceci vers ____ / ____ / ____ (Heure)
à partir du ____/____/____ (Date) et jusqu'au ____/____/____ (date).

Dénomination du médicament : _____

Suivant prescription à prendre _____ fois par jour, ceci vers ____ / ____ / ____ (Heure)
à partir du ____/____/____ (Date) et jusqu'au ____/____/____ (date).

Je donne mon autorisation à ce que ce document soit porté à connaissance du personnel du Service d'éducation et d'accueil (SEA) en charge de mon enfant et qu'il distribue les médicaments d'après ce qui précède. J'ai connaissance qu'il est de ma responsabilité de veiller à la mise à jour des informations concernant l'état de santé de mon enfant et d'informer immédiatement par écrit le SEA de tout changement important concernant la distribution des médicaments de mon enfant.

Cette autorisation expire le jour de la fin de la prescription médicale et au plus tard le 14.09 suivant l'année scolaire en cours.

Date :

(signature)

Ordonnance médicale à joindre obligatoirement

Pour chaque ordonnance médicale veuillez introduire une nouvelle fiche « Demande de délégation d'un acte d'aide »