

## Fiche médicale – formulaire d'autorisation

Les soussignés, \_\_\_\_\_

parents de l'enfant \_\_\_\_\_

autorisent par la présente le personnel de la crèche communale de Kehlen, d'administrer à l'enfant pré mentionné les médicaments selon **la prescription médicale jointe en annexe**.

Les soussignés déclarent d'être informé du fait que la crèche ne dispose pas de personnel qualifié du domaine des professions de santé.

En outre, ils acceptent les conditions relatives à l'administration de médicaments telles qu'elles sont stipulées dans le *règlement interne général de la Maison Relais*.

Nom du médicament : \_\_\_\_\_

Durée du traitement : \_\_\_\_\_

Le dosage exacte : \_\_\_\_\_

Mode d'application :    î    voie orale  
                                  î    suppositoire  
                                  î    gouttes auriculaires  
                                  î    spray ou gouttes nasales  
                                  î    gouttes dans les yeux  
                                  î    application de pommades

Les heures exactes pour l'administration : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Conservation du médicament : \_\_\_\_\_

Tél où vous êtes joignable : \_\_\_\_\_

Keispelt, le \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_