

## AUTORISATION PARENTALE POUR L'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

Nom de l'enfant: \_\_\_\_\_

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

donne, par la présente, l'autorisation au personnel du SEA Bertrange pour l'administration du/des médicaments prescrits selon la posologie indiquée ci-dessous:

<u>Nom du médicament</u>	<u>Dose à administrer</u> <i>(nombre de comprimés, cuillères, sachets, mesures...)</i>	<u>Fréquence</u> <i>(nombre de fois par jour)</i>	<u>Heures</u> à laquelle le médicament doit être administré			Avant, pendant ou après le <u>repas</u>		
			<i>matin</i>	<i>midi</i>	<i>soir</i>	<i>avant</i>	<i>pendant</i>	<i>après</i>

Le personnel du SEA ne peut donner aucun médicament sans **l'ordonnance du médecin**. Veuillez joindre une copie de l'ordonnance.

Signature

\_\_\_\_\_  
(mère/père/tuteur)