

## DELEGATION DE SOINS 2026/2027

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><br>(nombre de comprimés, cuillères, sachets, mesures...) | <u>Fréquence</u><br>(nombre de fois par jour) | <u>Heures</u> à laquelle le médicament doit être administré |             |             | <u>Remarque</u> |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-----------------|
|                          |                                                                                    |                                               | <i>matin</i>                                                | <i>midi</i> | <i>soir</i> |                 |
|                          |                                                                                    |                                               |                                                             |             |             |                 |
|                          |                                                                                    |                                               |                                                             |             |             |                 |
|                          |                                                                                    |                                               |                                                             |             |             |                 |
|                          |                                                                                    |                                               |                                                             |             |             |                 |
|                          |                                                                                    |                                               |                                                             |             |             |                 |

**La durée** pendant laquelle le médicament doit être administré à l'enfant est :

\_\_\_\_\_

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

Signature & Date

\_\_\_\_\_  
(mère/père/tuteur)