

## DELEGATION DE SOINS 2021/2022

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