

Délégation pour traitement médicamenteux à la crèche

Nom de famille de l'enfant

Prénom

Date de naissance

Les médicaments suivants doivent être pris:

	1.	2.	3.
	Nom du médicament	Nom du médicament	Nom du médicament
Stockage	au frigo?	au frigo?	au frigo?
Heure de remise			
Dosage du médicament			
Durée de la prise	date de/à	date de/à	date de/à
Remarque			
Risques			

Autorisation des parents / du responsable légal:

Par la présente, j'autorise/nous autorisons _____
Nom des parents / du responsable légal

l'éducateur/éducatrice responsable du groupe _____
Groupe de l'enfant

à donner à mon/notre enfant _____ le(s) médicament(s) mentionné(s)
Nom de l'enfant

aux dates et heures indiquées.

Lieu, date

Signature des parents / du responsable légal