

DELEGATION DE SOINS 2024/2025

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			<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)