

Décharge pour médication : Accueil Familial de Jour

Monsieur et/ou Madame _____ (nom / prénom)

autorise/nt l'Accueillante en Milieu Familial _____ (nom / prénom)

à administrer le/s médicament/s sous-mentionné/s à son/leur enfant

Nom et prénom : _____ Date de naissance : _____

Traitement à administrer du _____ au _____

Ce traitement est : ☐ une automédication ☐ une prescription médicale

Diagnostic du médecin :

Symptômes :

Nom du médicament	Heure/s d'administration	Posologie et voie d'administration	Remarques	Visa				
				LU	MA	ME	JE	VE

Le Réseau APERO rappelle, selon le point 4.2 du Règlement pour l'Accueil Familial de Jour, que « **dans la mesure du possible, les médicaments doivent être donné par les parents** ». Les parents gardent la responsabilité du traitement médical prescrit à l'enfant. Pour chaque médicament, il est nécessaire de transmettre l'emballage d'origine, le mode d'emploi avec la posologie en français et la mesurette si c'est un liquide. De plus, la structure de coordination décline toute responsabilité en cas d'effets secondaires ou pour toutes les conséquences liées à cette médication. Au-delà d'une administration de 3 fois par jour, le Réseau APERO ne garantit pas que son personnel soit disponible pour donner le médicament de manière régulière.

Le/s parent/s a/ont transmis toutes les informations nécessaires à la bonne administration du/des médicament/s. L'Accueillante en Milieu Familial (AMF) a bien pris note des recommandations.

Signature du/des parent/s

Signature de l'AMF

☐ Autorisation reçue par téléphone de : _____ (nom) à _____ (heures)