

Décharge pour médication : Accueil collectif

Monsieur et/ou Madame _____ (nom / prénom)

autorise/nt le personnel de _____ (nom de la structure)

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 des *Règlements de l'accueil collectif*, que « **dans la mesure du possible, les médicaments doivent être donnés 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 Direction de la structure 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. Le personnel de la structure a bien pris note des recommandations.

Signature du/des parent/s

Signature du personnel de la structure

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