**Administration de médicament**

Aucun médicament n’est administré sans l’autorisation des parents. Ce formulaire doit être rempli et signé par les parents et reste valable 2 ans. Il est disponible sur notre site internet. Il autorise le personnel de la Maison de l’enfance à administrer des soins et traitement en cas de nécessité et à administrer les médicaments suivants :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| J’autorise le personnel éducatif à administrer du Dafalgan après avoir demandé confirmation auprès d’un des parents | oui | non |
| J’autorise le personnel éducatif à administrer un médicament homéopathique (arnica, apis) | oui | non |
| J’autorise le personnel éducatif à appliquer un désinfectant (Bepanthen, Merfen) | oui | non |
| J’autorise le personnel éducatif à administrer du sérum physiologique  | oui | non |
| J’autorise le personnel éducatif à appliquer la protection solaire utilisé au sein de l’institution | oui | non |

Courtételle, le : Signature du / des parent(s) :

**Administration de médicament**

Aucun médicament n’est administré sans l’autorisation des parents. Ce formulaire doit être rempli et signé par les parents et reste valable 2 ans. Il est disponible sur notre site internet. Il autorise le personnel de la Maison de l’enfance à administrer des soins et traitement en cas de nécessité et à administrer les médicaments suivants :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| J’autorise le personnel éducatif à administrer du Dafalgan après avoir demandé confirmation auprès d’un des parents | oui | non |
| J’autorise le personnel éducatif à administrer un médicament homéopathique (arnica, apis) | oui | non |
| J’autorise le personnel éducatif à appliquer un désinfectant (Bepanthen, Merfen) | oui | non |
| J’autorise le personnel éducatif à administrer du sérum physiologique  | oui | non |
| J’autorise le personnel éducatif à appliquer la protection solaire utilisé au sein de l’institution | oui | non |

Courtételle, le : Signature du / des parent(s) :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_