



DÉCHARGE DE MÉDICAMENT

SA.FO.007/V3

AVANT-PROPOS

Cette décharge s'applique autant pour les médicaments prescrits par un médecin (sous ordonnance), que pour ceux administrés en automédication. A savoir que sans symptôme, nous ne donnons aucun médicament sans ordonnance, hormis ceux qui sont de l'ordre des médecines alternatives.



Un traitement en automédication d'une durée maximum de trois jours peut être accepté sous la réserve de la signature de ce document. Sauf situation d'urgence, aucun médicament ne sera donné sans que la famille ait préalablement complété et signé ce formulaire ainsi qu'informé personnellement la structure d'accueil concernée.

DONNÉES SUR L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Groupe fréquenté : _____

INFORMATION SUR LE MÉDICAMENT

AVEC / SANS ORDONNANCE

Nom : _____ Conservation du médicament : _____

Posologie : _____

Date & heure de la 1^{ère} prise : _____ Date de fin du traitement : _____

Particularités et raison de l'administration : _____

Je soussigné _____ représentant légal de l'enfant précité, **décharge l'équipe éducative de toutes responsabilités en lien avec l'administration du médicament susnommé.**

Date : _____ Signature : _____

Visa de l'éducateur ayant reçu les informations et vérifié ces dernières : _____

ADMINISTRATION SELON POSOLOGIE

jours (date)	Prise 1		Prise 2		Prise 3		Prise 4	
	Heure	visa	Heure	visa	Heure	visa	Heure	visa

Responsable/Correcteur : Fabienne Bürki
Rédaction : Cory-Ann Notari

Création : 26.11.2019
Modification : 17.07.2023

