



Administration de médicaments

Par la présente, je soussigné(e) _____

☐ père ☐ mère ☐ tuteur

de l'enfant _____, demande au personnel de la Crèche « Butze Jhangeli »
de lui administrer le(s) médicament(s) suivant(s) :

Médecin traitant: _____ **Tél:** _____

Nom du médicament: _____

Durée du traitement: du _____ au _____

Fréquence: ____ fois par jour

Quantité: _____

☐ matin ☐ midi ☐ après-midi
☐ avant le repas ☐ pendant le repas ☐ après le repas

Remarques éventuelles: _____

Voie d'administration: ☐ orale ☐ rectale ☐ oreilles ☐ nez ☐ yeux ☐ peau

Le personnel éducatif ne peut être rendu responsable en cas d'apparition d'effets secondaires.

Koetschette, le _____

(Signature)