

ATTESTATION PARENTALE POUR L'ADMINISTRATION DE MEDICAMENTS POUR UNE COURTE DUREE EN EAJE

Je soussigné(e) Madame / Monsieur

Parents de l'enfant Né(e) le

Accueilli au sein de l'EAJE (crèche) :

Autorise(-ons) l'administration du ou des traitement(s) suivant(s) PRESCRITS pour une courte durée par le médecin traitant :

NOM DU MEDICAMENT	POSOLOGIE	VOIE ADMINISTRATION	DUREE DU TRAITEMENT

En cas de boîte unique pour la crèche et la maison :

- Je confirme ne pas avoir reçu de flacon spécifique à la crèche.
- Je confirme avoir suivi les recommandations concernant la reconstitution du médicament le cas échéant.
- J'ai inscrit la date d'ouverture sur la boîte du médicament.
- Je m'engage à respecter la chaîne du froid pour le stockage et le transport du médicament entre le domicile et l'EAJE : le médicament doit être conservé au réfrigérateur à la maison et à la crèche et être transporté dans une poche isotherme avec pain de glace. (Sauf mention contraire sur la conservation du traitement).

Les parents doivent fournir l'ordonnance ET les traitements.

Les parents doivent fournir aux professionnelles tous documents, matériels ou explications facilitant l'administration du traitement.

En cas de non-respect des conditions précitées, les professionnels de la structure ne sont pas autorisés à administrer le traitement à l'enfant. En cas de doute, l'avis du RSAI est sollicité.

Fait à :

Le :

Signature des parents :

Signature de la crèche :