



Délégation parentale de traitement en cas de maladie

Je soussigné(e)

☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur

autorise le personnel de la Maison Relais Beiestack à administrer

à l'enfant.....

le traitement suivant selon la prescription et les consignes médicales annexées.

Date	Nom du médicament	Posologie	Voie d'administration	Durée du traitement	A remplir par l'éducateur

Préparation : ☐ comprimé ☐ crème ☐ gouttes ☐ suppositoire ☐ autre

Conservation du médicament : ☐ réfrigérateur ☐ à température ambiante

- ✓ L'annexion de l'ordonnance médicale en vigueur s'impose.
- ✓ Le médicament doit porter le nom de l'enfant ; la posologie du traitement à administrer est clairement inscrite sur l'emballage.
- ✓ En cas de nécessité d'informations supplémentaires, le soussigné autorise le personnel de la Maison Relais BEIESTACK à prendre contact avec le médecin traitant de l'enfant.

Fait à le

Signature du parent/tuteur