

Maison Relais Schoulkauz
Service d'éducation et d'accueil

21, a Millefeld
L-9776 Wilwerwiltz

T +352 26 91 25 50
F +352 26 91 25 96
direction.rkau@elisabeth.lu
www.elisabeth.lu

ANNEXE 6

AUTORISATION PARENTALE

Administration de médicaments

Par la présente, je soussigné(e) _____ ,
autorise le personnel de l'institution « **Maison Relais Schoulkauz** » à administrer les médicaments
suivants

à mon enfant _____ , né le ____/____/____ ,

à partir d'aujourd'hui et jusqu'au ____/____/____ .

Dénomination du médicament : _____

_____ comprimé(s) / cuillère(s) à café / sachet(s) / mesure(s) de _____ ml *

à prendre _____ fois par jour, ceci vers _____ / _____ / _____

Dénomination du médicament : _____

_____ comprimé(s) / cuillère(s) à café / sachet(s) / mesure(s) de _____ ml *

à prendre _____ fois par jour, ceci vers _____ / _____ / _____

Dénomination du médicament : _____

_____ comprimé(s) / cuillère(s) à café / sachet(s) / mesure(s) de _____ ml *

à prendre _____ fois par jour, ceci vers _____ / _____ / _____

Dénomination du médicament : _____

_____ comprimé(s) / cuillère(s) à café / sachet(s) / mesure(s) de _____ ml *

à prendre _____ fois par jour, ceci vers _____ / _____ / _____

Dénomination du médicament : _____

_____ comprimé(s) / cuillère(s) à café / sachet(s) / mesure(s) de _____ ml *

à prendre _____ fois par jour, ceci vers _____ / _____ / _____

_____, le ____/____/____

(signature)

** biffer ce qui ne convient pas*

Ordonnance médicale à joindre obligatoirement