

Demande d'autorisation pour l'administration de médicaments présents dans la pharmacie

Nom: Prénom:

Date de naissance:

Allergie(s) si connue(s): Oui Non Laquelle/lesquelles:

- Notre pharmacie est composée de médicaments de base que nous pouvons utiliser si votre enfant en a besoin.
- Veuillez nous indiquer quels sont les médicaments que vous nous autorisez à utiliser pour votre enfant.
- Si vous souhaitez rajouter un médicament (exemple: le Dafalgan), nous vous demandons de le noter dans le document « Délégation pour l'administration des médicaments ».

Merci de cocher la réponse souhaitée	Oui	Non
CRÈME SOLAIRE Nom de la crème: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
STILEX® GEL En cas de piqûre d'insecte (pour les enfants de moins de 2 ans, uniquement sur prescription médicale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIMILASAN ARNICA POMMADE En cas de contusion, entorse, douleurs musculaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MERFEN® Solution cutanée aqueuse spray: en cas de plaie superficielle (pour les enfants de moins de 2 ans, uniquement sur prescription médicale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BEPANTHEN PLUS® En cas d'éraflures superficielles ou de brûlure du premier degré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANTI BRUMM® KIDS Contre les insectes et les tiques (à partir de 1 an, maximum 2 fois par jour)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pour la ou le responsable légal-e: Assurez-vous de la compatibilité du traitement médicamenteux auprès de la ou du médecin de votre enfant et/ou de la pharmacienne ou du pharmacien.
Ce contrôle n'est pas de la responsabilité de la structure qui accueille votre enfant.

Je soussigné-e autorise le personnel habilité de la structure à administrer les médicaments acceptés (cochés « Oui » dans le tableau ci-dessus) en cas de nécessité pour mon enfant.

Lieu: Date:

Nom et prénom de la ou du responsable légal-e:

Signature de la ou du responsable légal-e: