



Formulaire de délégation parentale pour traitement médicamenteux	
Date :	Groupe :
Nom et Prénom de l'enfant :	
Le parent est joignable au :	
<input type="checkbox"/> Médicament prescrit par un pédiatre	<input type="checkbox"/> Auto médication, à donner selon état
Médicament : 1. <i>SVP noter le nom visible sur le médicament</i>	2.
Posologie : 1.	2.
Moments de prise : 1. <input type="checkbox"/> Avant le repas <input type="checkbox"/> Pendant le repas <input type="checkbox"/> Autre 2. <input type="checkbox"/> Avant le repas <input type="checkbox"/> Pendant le repas <input type="checkbox"/> Autre	
<input type="checkbox"/> Par ma signature, j'accorde le droit à l'équipe éducative d'administrer les traitements suivants pour la date indiquée uniquement et conformément au protocole en vigueur, dont j'ai pris connaissance. Je confirme également que j'ai transmis les informations par oral à un membre de l'équipe éducative.	
Signature :	Visa de l'EDE :



Formulaire de délégation parentale pour traitement médicamenteux	
Date :	Groupe :
Nom et Prénom de l'enfant :	
Le parent est joignable au :	
<input type="checkbox"/> Médicament prescrit par un pédiatre	<input type="checkbox"/> Auto médication, à donner selon état
Médicament : 1. <i>SVP noter le nom visible sur le médicament</i>	2.
Posologie : 1.	2.
Moments de prise : 1. <input type="checkbox"/> Avant le repas <input type="checkbox"/> Pendant le repas <input type="checkbox"/> Autre 2. <input type="checkbox"/> Avant le repas <input type="checkbox"/> Pendant le repas <input type="checkbox"/> Autre	
<input type="checkbox"/> Par ma signature, j'accorde le droit à l'équipe éducative d'administrer les traitements suivants pour la date indiquée uniquement et conformément au protocole en vigueur, dont j'ai pris connaissance. Je confirme également que j'ai transmis les informations par oral à un membre de l'équipe éducative.	
Signature :	Visa de l'EDE :