

Formulaire R1/Crèches/AES– Médicament

Date :

Nom de l'enfant Prénom

Structure : Crèche Arc-en-ciel Crèche les Dauphins Crèche les Cerisiers
 AES Cormanon AES Rochettes AES Villars-Vert AES Platy

Nous, soussignés, demandons à la structure d'accueil inscrite ci-dessus d'administrer le médicament suivant à notre enfant :

Nom du médicament :
 (Celui-ci doit être apporté dans l'emballage d'origine, sur lequel figure le nom de l'enfant, la date et la posologie)

Date de péremption :

Posologie :
 (Quantité, horaire de prise)

Date et heure de la dernière prise de médicament(s) à la maison :

Date de fin de traitement :

Prescription médicale : **Merci de fournir une copie de l'ordonnance**

Signature des parents :

Signature de l'éducatrice :
 (Ayant reçu le médicament des parents)

Usage interne uniquement

Heure	Quantité administrée	Signature / visa	Double signature / visa

Ce formulaire est conservé dans le dossier de l'enfant pour référence ultérieure

Nom du document	Auteur	Date du document	Numéro de version	Nombre de pages
Crèche/AES – Formulaire R1 – Médicament	MD/AP	08.2023	1	1