

## 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