



Décharge médicale

Cette fiche doit être impérativement transmise au responsable du secteur :

.....

Nous, soussignés,

Nom :

Prénom :

et

Nom :

Prénom :

Demeurant à :

Parents (ou représentants légaux) de

Nom – prénom :

Né(e) le :

Autorisent l'équipe d'encadrement de la structure d'accueil de l'enfance du Tibleck à administrer le(s) médicament(s) à notre enfant sus nommé, selon la liste et les heures définies dans le document joint (Fiche médicaments).

Nous déchargeons l'équipe d'encadrement de la structure d'accueil de l'enfance du Tibleck de toute responsabilité en cas de problème(s) médical(aux) pouvant survenir par voie de conséquence.

Fait à Grimisuat, le :

Signature des parents (ou des représentants légaux) :

Reçu le :

Signature du Responsable du secteur :

Annexe : ment.



FICHE MEDICAMENTS



2/2

Date du jour :

Nom – prénom (enfant) :

Nom du médicament :

Posologie / Dosage :

Du : Au :

Heure(s) d'administration :

Signature des Parents (ou des représentants légaux) :

.....

Signature de l'éducateur-trice :

	MATIN	Signature / contre signature	MIDI	Signature / contre signature	APRÈS- MIDI	Signature / contre signature
HEURES						



FICHE MEDICAMENTS



Date du jour :

Nom – prénom (enfant) :

Nom du médicament :

Posologie / Dosage :

Du : Au :

Heure(s) d'administration :

Signature des Parents (ou des représentants légaux) :

.....

Signature de l'éducateur-trice :

	MATIN	Signature / contre signature	MIDI	Signature / contre signature	APRÈS- MIDI	Signature / contre signature
HEURES						