

AUTORISATION PARENTALE – ADMINISTRATION DE MEDICAMENTS VOLLMACHT – MEDIKAMENTENVERABREICHUNG

Nom et prénom de l'enfant _____
Name und Vorname des Kindes

Nom et prénom: mère/père/tuteur _____
Name und Vorname: Mutter/Vater/Vormund

J'autorise par la présente le personnel de la Maison Relais Packatuffi à administrer le(s) médicament(s) suivant(s) à mon enfant:

Ich erlaube hiermit dem Personal der Maison Relais Packatuffi meinem Kind folgendes Medikament/folgende Medikamente zu verabreichen:

Médicament Medikament	Dose Dosierung	Fréquence Häufigkeit	Heures Uhrzeit			Repas Essen		
			matin morgens	midi mittags	après-midi nachmittags	avant vor	pendant während	après danach

Médicament(s) à conserver au frigo ? oui non
Medikament(e) im Kühlschrank aufbewahren? ja nein

Si oui, indiquez le(s) nom(s): _____
Falls ja, bitte Namen angeben

Le(s) médicament(s) pourra/pourront rester à la Maison Relais pendant la durée du traitement.

Das Medikament kann/Die Medikamente können während der Behandlungsdauer in der Maison Relais bleiben.

oui non
ja nein

Les parents s'engagent à

1. remettre une ordonnance médicale mentionnant la dose à administrer à l'enfant et la durée du traitement,

2. remettre le(s) médicament(s) dans l'emballage original indiquant le nom de l'enfant.

Ces mesures concernent TOUS les médicaments, y compris médicaments homéopathiques et médicaments en vente libre.

Die Eltern verpflichten sich

1. ein ärztliches Rezept vorzulegen, das die zu verabreichende Dosierung und die Behandlungsdauer angibt;

2. das Medikament/die Medikamente in der Originalverpackung zu hinterlegen, welche mit dem Namen des Kindes gekennzeichnet ist.

Diese Maßnahmen gelten für ALLE Medikamente, homöopathische und frei erhältliche inbegriffen.

Date _____
Datum

Signature _____
Unterschrift