



Région Basse-Broye

Accueil Familial
de Jour

Procuration pour administration de médicaments

- + En signant le présent document, les représentants légaux donnent leur accord pour l'administration du médicament
- + La responsabilité de l'administration du médicament durant les heures de prise en charge incombe à l'Accueillante
- + L'Accueillante ne prend le médicament que s'il est fourni dans son **emballage d'origine** et accompagné de **sa notice**
- + L'Accueillante conserve le médicament et sa notice dans un **lieu sûr qui correspond aux prescriptions de conservation.**

➤ **Nom de l'enfant :**

➤ **Nom du médicament :**

- Prescrit par le médecin
- Recommandé par le pharmacien
- Acheté sans ordonnance ni conseil

➤ **Utilisation / administration**

- Selon la notice d'emballage
- Selon l'avis médical
- Le médicament est apporté par les représentants légaux chaque fois qu'il doit être administré puis rendu
- Le médicament est conservé par l'Accueillante

➤ **Période d'utilisation**

- Du au
- Du et jusqu'à révocation

	Révocation de la procuration
Date	Date
Signature des représentants légaux	Signature des représentants légaux
Signature de l'Accueillante	Signature de l'Accueillante