

**Maison Relais Rousennascht**  
Service d'éducation et d'accueil

5, cité St Blaise  
L-9117, Schieren

T +352 81 70 53 60  
F +352 81 70 53 70  
direction.rsie@elisabeth.lu  
www.elisabeth.lu

## ANNEXE 6

# Demande de délégation d'un acte d'aide

## Distribution de médicaments

Par la présente, je soussigné(e) \_\_\_\_\_ ,  
demande pour mon enfant \_\_\_\_\_ , né le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ,  
sur prescription médicale du Docteur \_\_\_\_\_ la distribution du médicament :

- en traitement médical temporaire
- de manière régulière
- en situation d'urgence (suivant protocole d'urgence ou Projet d'Accueil Individualisé)

**Dénomination du médicament :** \_\_\_\_\_

Suivant prescription à prendre \_\_\_\_\_ fois par jour, ceci vers \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (Heure)  
à partir du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (Date) et jusqu'au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (date).

**Dénomination du médicament :** \_\_\_\_\_

Suivant prescription à prendre \_\_\_\_\_ fois par jour, ceci vers \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (Heure)  
à partir du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (Date) et jusqu'au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (date).

Je donne mon autorisation à ce que ce document soit porté à connaissance du personnel du Service d'éducation et d'accueil (SEA) en charge de mon enfant et qu'il distribue les médicaments d'après ce qui précède. J'ai connaissance qu'il est de ma responsabilité de veiller à la mise à jour des informations concernant l'état de santé de mon enfant et d'informer immédiatement par écrit le SEA de tout changement important concernant la distribution des médicaments de mon enfant.

Cette autorisation expire le jour de la fin de la prescription médicale et au plus tard le 14.09 suivant l'année scolaire en cours.

Date :

(signature)

*Ordonnance médicale à joindre obligatoirement*

*Pour chaque ordonnance médicale veuillez introduire une nouvelle fiche « Demande de délégation d'un acte d'aide »*