

ACCUEIL FAMILIAL DE JOUR ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS

A remplir par le parent :

Je demande **exceptionnellement** à l'AMF l'administration de médicament.

ENFANT

Nom :

Prénom :

MEDICATION

Prescription médicale Automédication

.....

Motif du traitement :

Nom du médicament :

Horaires d'administration :

Posologie :

Durée du traitement : Du : Au :

Par cette signature, le/les parent-s prennent l'entière responsabilité de la médication de leur enfant et de ses éventuelles conséquences.

Date :

Signature du parent :

Visa de l'AMF :

Remarques :

Le médicament doit être réceptionné dans sa boîte d'origine avec la notice d'emballage. S'il est sur prescription médicale, une posologie doit être indiquée, avec le nom de l'enfant.

Nous vous rendons attentifs aux dates de péremption des médicaments qui sont parfois de 3 à 6 mois une fois le médicament ouvert (Par exemple : Dafalgan et irfen/algifor). Il est important pour l'AMF que la date d'ouverture du médicament soit notée sur l'emballage.

