



Service d'éducation et d'accueil agréé-  
 Agrément gouvernemental SEAJ 20190432  
[kannernascht@dippach.lu](mailto:kannernascht@dippach.lu)  
 Tel : 26374201

## DEMANDE DE DELEGATION D'UN ACTE D'AIDE POUR LA DISTRIBUTION DE MEDICAMENTS

Par la présente, je soussigné(e)

\_\_\_\_\_ , mère/père/tuteur

de l'enfant \_\_\_\_\_ , né( e) le \_\_\_\_\_

autorise le personnel éducatif du Foyer de jour Kannernascht Dippech-Garnech à administrer **en cas de besoin**

Nom du médicament	oui	non
Crème protectrice pour les fesses		
Hibidil pour désinfecter une plaie		
Eosine (asséchant et antiseptique)		
Arnica pour soulager les bleus		

Nom du médicament à ramener par les parents	oui	non
Crème spéciale protectrice et/ou réparatrice pour les fesses :		
Sérum physiologique :		
Dentinox ou autre :		

Date et signature:

En cas de doute parlez-en avec votre médecin de famille ou pédiatre