

Fiche de traitement médical

Nom de l'enfant : _____

Malade depuis le : _____

Médecin consulté : OUI NON

Médicament prescrit : PAR LE MEDECIN PAR LE PARENT

Nom : _____

Posologie : _____

Heure de la prise du médicament : _____

Date du jour et durée du traitement: _____

Signature : _____

Fiche de traitement médical

Nom de l'enfant : _____

Malade depuis le : _____

Médecin consulté : OUI NON

Médicament prescrit : PAR LE MEDECIN PAR LE PARENT

Nom : _____

Posologie : _____

Heure de la prise du médicament : _____

Date du jour et durée du traitement : _____

Signature : _____