

MÉDICAMENT PRESCRIT PAR UN MÉDECIN

Nom du médecin :

Nom, prénom et date de naissance de l'enfant :

Nom du lieu d'accueil :

Nom du médicament :

Dosage / posologie :

Fréquence / heure(s) de prise du médicament :

Durée du traitement :

Remarque :

J'autorise l'équipe éducative à administrer ce médicament à mon enfant durant toute la durée du traitement pendant les jours de fréquentation dans la structure d'accueil et la décharge de toute responsabilité. J'atteste que les informations fournies sont complètes et correctes.

Le médicament est transmis **dans son emballage d'origine avec le doseur, le nom/prénom de l'enfant et les indications nécessaires pour la prise du médicament.**

Lieu et date :

Signature du parent :

.....

.....