



Traitement médical

Nom et prénom de l'enfant : _____

Nom du médicament : _____

Heure(s) de prise du médicament : _____

Prise du médicament : Avant le repas / Pendant le repas / Après le repas / égal

Posologie : _____

Entreposage : à température ambiante / au frigo

Date(s) du traitement : _____

Remarques : _____

Lieu, date : _____

Nom, prénom du parent : _____

Signature (un envoi par e-mail fait foi de signature) : _____



Traitement médical

Nom et prénom de l'enfant : _____

Nom du médicament : _____

Heure(s) de prise du médicament : _____

Prise du médicament : Avant le repas / Pendant le repas / Après le repas / égal

Posologie : _____

Entreposage : à température ambiante / au frigo

Date(s) du traitement : _____

Remarques : _____

Lieu, date : _____

Nom, prénom du parent : _____

Signature (un envoi par e-mail fait foi de signature) : _____