



Chemin en Purian 7  
1197 Prangins

## ADMINISTRATION DE MEDICAMENT

NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_ CLASSE \_\_\_\_\_

CONTACT \_\_\_\_\_ TELEPHONE \_\_\_\_\_

NOM DU MEDICAMENT \_\_\_\_\_

POSOLOGIE \_\_\_\_\_

HEURES D'ADMINISTRATION \_\_\_\_\_

MEDECIN CONSULTE OUI (\*) NON (\*)

NOM DU MEDECIN \_\_\_\_\_

DEBUT DU TRAITEMENT \_\_\_\_\_

FIN DU TRAITEMENT \_\_\_\_\_

CONSERVATION DU MEDICAMENT AU FRAIS OUI (\*) NON (\*)

AUTRE \_\_\_\_\_

INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES PARENTS \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES PEDAGOGIE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DATE \_\_\_\_\_ SIGNATURE \_\_\_\_\_

**Cette feuille doit être remplie et signée par les parents**

**Le médicament ne sera accepté que dans son emballage d'origine portant le nom de l'enfant**

(\*) Biffer ce qui ne convient pas