



MEDICAMENTS

FORMULAIRE A REMPLIR PAR LE PARENT

Nom et prénom de l'enfant : _____

Groupe : _____

<i>Nom du médicament</i>	
<i>Description de l'indication (maladie)</i>	
<i>Posologie</i>	
<i>Poids de l'enfant</i>	
<i>Rythme / heures d'administration</i>	
<i>Période de médication</i>	Du : _____ au : _____
<i>Entreposage</i>	température ambiante <input type="checkbox"/> réfrigérateur <input type="checkbox"/>

Lieu et date : _____

Signature du parent : _____



MEDICAMENTS

FORMULAIRE A REMPLIR PAR LE PARENT

Nom et prénom de l'enfant : _____

Groupe : _____

<i>Nom du médicament</i>	
<i>Description de l'indication (maladie)</i>	
<i>Posologie</i>	
<i>Poids de l'enfant</i>	
<i>Rythme / heures d'administration</i>	
<i>Période de médication</i>	Du : _____ au : _____
<i>Entreposage</i>	température ambiante <input type="checkbox"/> réfrigérateur <input type="checkbox"/>

Lieu et date : _____

Signature du parent : _____