

## ADMINISTRATION MEDICATION LONGUE DURÉE

### A remplir par le parent :

#### ENFANT

**Nom :** .....

**Prénom :** .....

**Groupe :** .....

#### MEDICATION

Prescription médicale     Auto médication

**Homéopathie**                      **Posologie:**                      **Date:**  
.....

**Spagirie**                              **Posologie:**                      **Date:**  
.....

**Crème**                                **Posologie:**                      **Date:**  
.....

**Autres**                                **Posologie:**                      **Date:**  
.....

**Signature du parent :** .....

### A remplir par la structure :

**Médic. réceptionné par :** .....