

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 :