

FICHE DE TRAITEMENT

Nom et prénom de l'enfant :

Médicament(s) prescrit(s) par le médecin : OUI NON

Motif(s) :

Médicament(s) à donner du au

Nom(s) du/des médicament(s)	Posologie(s)	Heure(s) de la dernière prise	Date(s) et visa PE

Selon médecin de référence de la Fondation, si 3x/jour une prise toutes les 8 heures, si 4x/jour une prise toutes les 6 heures.

Date : Signature du parent :

✂-----

FICHE DE TRAITEMENT

Nom et prénom de l'enfant :

Médicament(s) prescrit(s) par le médecin : OUI NON

Motif(s) :

Médicament(s) à donner du au

Nom(s) du/des médicament(s)	Posologie(s)	Heure(s) de la dernière prise	Date(s) et visa PE

Selon médecin de référence de la Fondation, si 3x/jour une prise toutes les 8 heures, si 4x/jour une prise toutes les 6 heures.

Date : Signature du parent :