



## FICHE DE TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

**A REMPLIR PAR LES PARENTS**

Nom :	Prénom de l'enfant :
Nom du médicament :	
Prescrit par : <input type="checkbox"/> le médecin traitant <input type="checkbox"/> les parents	
Dosage :	
Date : du _____ au _____	
Heure d'administration :	
Signature d'un parent :	
Heure de la prise du médicament :	
Administré par :	Signature :

**CONFIDENTIEL**



## FICHE DE TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

**A REMPLIR PAR LES PARENTS**

Nom :	Prénom de l'enfant :
Nom du médicament :	
Prescrit par : <input type="checkbox"/> le médecin traitant <input type="checkbox"/> les parents	
Dosage :	
Date : du _____ au _____	
Heure d'administration :	
Signature d'un parent :	
Heure de la prise du médicament :	
Administré par :	Signature :

**CONFIDENTIEL**