Feuille de médicaments

|  |
| --- |
| Nom & prénom de l’enfant |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Pédiatre consulté | OUI | NON |
|  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| Nom du médicament  |
|  |

|  |
| --- |
| Posologie |
|  |

|  |
| --- |
| Début du traitement  |
|  |

|  |
| --- |
| Fin du traitement  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Date |  |
| Signature |  |

Feuille de médicaments

|  |
| --- |
| Nom & prénom de l’enfant |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Pédiatre consulté | OUI | NON |
|  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| Nom du médicament  |
|  |

|  |
| --- |
| Posologie |
|  |

|  |
| --- |
| Début du traitement  |
|  |

|  |
| --- |
| Fin du traitement  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Date |  |
| Signature |  |