

Nom et Prénom de l'enfant: _____

Consignes: Médicaments dans l'emballage d'origine et date d'ouverture inscrite sur l'emballage. Automédication limitée à 48h maximum. Ordonnance obligatoire pour médicaments vignettes A et B. *Pas d'Ibuprofène en automédication.*

Médicament 1	A remplir par les parents:							
	Date	Nom du médicament à administrer	Posologie	Heure de prise à la maison	Heure de la prise du médicament dans l'institution	Début du traitement	Fin du traitement	Signature des parents
	Observation:							
	A remplir par l'équipe éducative:							
	Date	Médicament	Heure	Visa	controlé par: Visa	observations		

Médicament 2	A remplir par les parents:							
	Date	Nom du médicament à administrer	Posologie	Heure de Prise à la maison	heure de la prise du médicament dans l'institution	début du traitement	Fin du traitement	Signature des parents
	Observation:							
	A remplir par l'équipe éducative:							
	Date	Médicament	Heure	Visa	controlé par: Visa	observations		

Nom et Prénom de l'enfant: _____

Médicament 3

A remplir par les parents:

Date	Nom du médicament à administrer	Posologie	Heure de prise à la maison	Heure de la prise du médicament dans l'institution	Début du traitement	Fin du traitement	Signature des parents

Observation:

--

A remplir par l'équipe éducative:

Date	Médicament	Heure	Visa	contrôlé par: Visa	observations

Médicament 4

A remplir par les parents:

Date	Nom du médicament à administrer	Posologie	Heure de Prise à la maison	heure de la prise du médicament dans l'institution	début du traitement	Fin du traitement	Signature des parents

Observation:

--

A remplir par l'équipe éducative:

Date	Médicament	Heure	Visa	contrôlé par: Visa	observations