

Administration médicamenteuse / soins

Nom et prénom de l'enfant : _____

Nom du médecin : _____

N° téléphone médecin : _____

N° téléphone en cas d'urgence : _____

Nom du médicament : _____

Dosage : _____

Voie d'administration : _____

Heures des prises : _____

Durée du traitement : _____

Instructions particulières : _____

Nom du médicament : _____

Dosage : _____

Voie d'administration : _____

Heures des prises : _____

Durée du traitement : _____

Instructions particulières : _____

Lieu et date : _____

Signature parents : _____