

## FICHE DE MÉDICAMENTS PRESCRITS

Nom de l'enfant: \_\_\_\_\_

Dates du séjour: \_\_\_\_\_

Allergies: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mon enfant prend les **médicaments prescrits** suivants:

**01-** Nom: \_\_\_\_\_ Posologie: \_\_\_\_\_

Raison: \_\_\_\_\_ Fréquence: \_\_\_\_\_

**02-** Nom: \_\_\_\_\_ Posologie: \_\_\_\_\_

Raison: \_\_\_\_\_ Fréquence: \_\_\_\_\_

**03-** Nom: \_\_\_\_\_ Posologie: \_\_\_\_\_

Raison: \_\_\_\_\_ Fréquence: \_\_\_\_\_

**04-** Nom: \_\_\_\_\_ Posologie: \_\_\_\_\_

Raison: \_\_\_\_\_ Fréquence: \_\_\_\_\_

**Important:** Les médicaments prescrits doivent être accompagnés de l'étiquette fournie par la pharmacie. Assurez-vous de fournir des médicaments non périmés.

Commentaires: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Important:** J'autorise les personnes responsables à administrer le(s) médicament(s) ci-dessus à mon enfant.

\_\_\_\_\_  
Signature du parents ou tuteur

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Intervenant santé

\_\_\_\_\_  
Date