

Fiche de médication

Nom de l'enfant : _____

Malade depuis le : _____

Médecin consulté : *Oui* *Non*

Médicament(s) prescrit(s) par le médecin :

Nom : _____

Posologie : _____

Date(s) des prises du médicament : _____

Heure(s) de la prise du médicament : _____

Médicament(s) prescrit(s) par le parent :

Nom : _____

Posologie : _____

Date(s) des prises du médicament : _____

Heure(s) des prises du médicament : _____

Date du jour : _____

Signature du parent : _____

Fiche de médication

Nom de l'enfant : _____

Malade depuis le : _____

Médecin consulté : *Oui* *Non*

Médicament(s) prescrit(s) par le médecin :

Nom : _____

Posologie : _____

Date(s) de la prise du médicament : _____

Heure(s) de la prise du médicament : _____

Médicament(s) prescrit(s) par le parent :

Nom : _____

Posologie : _____

Date(s) des prises du médicament : _____

Heure(s) des prises du médicament : _____

Date du jour : _____

Signature du parent : _____