



Prescription médicale

A compléter par le médecin si l'enfant doit prendre un médicament

Prénom et nom du participant :

Adresse :

Téléphone :

PRESCRIPTION MEDICALE

Je soussigné/e Docteur en médecine,

Atteste que (nom prénom du participant)

a besoin de prendre les médicaments mentionnés ci-dessous durant l'activité suivante

Qui se déroulera du/...../20..... au/...../20.....

à(localité)

Nom du médicament :

Principe actif :

Mode d'administration :

Dosage :

Fréquence :

Durée du traitement :

Nom du médicament :

Principe actif :

Mode d'administration :

Dosage :

Fréquence :

Durée du traitement :

Fait à, le/...../20.....

Cachet et signature du médecin :