



FICHE SUIVIE ADMINISTRATION DU TRAITEMENT
SUR PRESCRIPTION MEDICALE

Nom de L'enfant:

Poids:

A remplir par les parents:

Date de l'ordonnance:

Date et heure de début du traitement:

Etat des médicaments:

_____ flacon ouvert: oui non	si oui date d'ouverture:	A conserver au frigo : oui non
_____ flacon ouvert: oui non	si oui date d'ouverture:	A conserver au frigo : oui non
_____ flacon ouvert: oui non	si oui date d'ouverture:	A conserver au frigo : oui non

Je soussigné _____ père - mère de _____
certifie l'exactitude des informations transmises, et autorise le personnel de la crèche à donner le traitement de mon enfant à ma place.

Signature:

Date:

Le traitement médical n'est administré que s'il est accompagné d'une prescription médicale complète et conforme

	MEDICAMENT	DATE	HEURE DE PRISE	FAIT	NOM	Signature
P						
A						
R						
T						
I						
E						
R						
E						
M						
P						
L						
I						
E						
P						
A						
R						
L						
A						
C						
R						
E						
C						
H						
E						

MEDICAMENT	DATE	HEURE DE	FAIT	NOM	Signature