



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 :