**Médicaments**

Nom ; Prénom de l’enfant :

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom du médicament** |  |
| **Posologie** |  |
| **Durée du traitement** | Du:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Au:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Posologie à administrer par l'éducateur** | A:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Transmis à (nom de l'éducateur) :

Vicques, le :

Signature du parent :