



Maison de l'Enfance
HAUTE-SORNE

FICHE DE TRAITEMENT MEDICAL

NOM DE L'ENFANT : _____

MALADE DEPUIS LE : _____

MEDECIN CONSULTE : OUI NON

MEDICAMENT PRESCRIT : PAR LE MEDECIN PAR LE PARENT

NOM : _____

POSOLOGIE : _____

HEURE DE LA PRISE DU MEDICAMENT : _____

DATE : _____

SIGNATURE : _____