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

NOM & PRENOM :

ADRESSE :

TELEPHONE :

PRESCRIPTION MEDICALE

Je soussigné(e) Docteur en médecine,
Atteste que
a besoin de prendre les médicaments mentionnés ci-dessous durant le SEJOUR / PLAINES (barrer la
mention inutile), organisé(e) par le service Jeunesse de la Mutualité Chrétienne 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 du Docteur

Signature