



## FICHE DE TRAITEMENT – PRISE DE MEDICAMENTS

### A remettre à l'accueillante familiale

Nom de l'enfant : ..... Prénom de l'enfant : .....

Malade depuis le : .....

Médecin consulté : Oui  Non

<b>Nom du médicament</b>			
<b>Dose</b>			
<b>Heure de la prise du médicament</b>			
<b>Date de début du traitement</b>			
<b>Date de fin du traitement</b>			
<b>Date et signature du parent</b>			