

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 ☐

Nom du médicament			
Dose			
Heure de la prise du médicament			
Date de début du traitement			
Date de fin du traitement			
Date et signature du parent			