



## **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>			