

Nom et Prénom de l'enfant: _____

Consignes: Médicaments dans l'emballage d'origine et date d'ouverture inscrite sur l'emballage. Automédication limitée à 48h maximum. Ordonnance obligatoire pour médicaments vignettes A et B. *Pas d'Ibuprofène en automédication.*

| Médicament 1 | A remplir par les parents: | | | | | | | |
|--------------|--|---------------------------------|-----------|----------------------------|--|---------------------|-------------------|-----------------------|
| | Date | Nom du médicament à administrer | Posologie | Heure de prise à la maison | Heure de la prise du médicament dans l'institution | Début du traitement | Fin du traitement | Signature des parents |
| | | | | | | | | |
| | Observation: | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Médicament 1 | A remplir par l'équipe éducative: | | | | | | | |
| | Date | Médicament | Heure | Visa | controlé par: Visa | observations | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| Médicament 2 | A remplir par les parents: | | | | | | | |
|--------------|--|---------------------------------|-----------|----------------------------|--|---------------------|-------------------|-----------------------|
| | Date | Nom du médicament à administrer | Posologie | Heure de Prise à la maison | heure de la prise du médicament dans l'institution | début du traitement | Fin du traitement | Signature des parents |
| | | | | | | | | |
| | Observation: | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Médicament 2 | A remplir par l'équipe éducative: | | | | | | | |
| | Date | Médicament | Heure | Visa | controlé par: Visa | observations | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Nom et Prénom de l'enfant: _____

Médicament 3

A remplir par les parents:

| Date | Nom du médicament à administrer | Posologie | Heure de prise à la maison | Heure de la prise du médicament dans l'institution | Début du traitement | Fin du traitement | Signature des parents |
|------|---------------------------------|-----------|----------------------------|--|---------------------|-------------------|-----------------------|
| | | | | | | | |

Observation: _____

A remplir par l'équipe éducative:

| Date | Médicament | Heure | Visa | controlé par: Visa | observations |
|------|------------|-------|------|--------------------|--------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Médicament 4

A remplir par les parents:

| Date | Nom du médicament à administrer | Posologie | Heure de Prise à la maison | heure de la prise du médicament dans l'institution | début du traitement | Fin du traitement | Signature des parents |
|------|---------------------------------|-----------|----------------------------|--|---------------------|-------------------|-----------------------|
| | | | | | | | |

Observation: _____

A remplir par l'équipe éducative:

| Date | Médicament | Heure | Visa | controlé par: Visa | observations |
|------|------------|-------|------|--------------------|--------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |