

*Crèche Municipale Bidibule*

**Formulaire médicaments**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de l’enfant :  |  |
| Prénom de l’enfant :  |  |
| Nom du médicament :  |  |
| A prendre dès (date du jour) : |  |
| A prendre jusqu’au (date de la fin du traitement) : |  |

**Posologie**

 Matin Midi Après-midi (16h)

 🞏 🞏 🞏

Dosage : Dosage : Dosage :

Par ma signature, je prends l’entière responsabilité de la durée et la posologie du traitement annoncé.

Date et Signature :

Signature du professionnel :