

A compléter par le médecin si l'enfant doit prendre un médicament



NOM & PRENOM :
ADRESSE :
TELEPHONE :

PRESCRIPTION MEDICALE

Je soussigné(e) Docteur en médecine,
Atteste que
a besoin de prendre les médicaments mentionnés ci-dessous durant le SEJOUR / la PLAINE (barrer la
mention inutile), organisé(e) par l'asbl Ocarina qui se déroulera :

Du/...../20..... au/...../20..... à (localité +
pays)

- Nom du médicament :

Principe actif :

Mode d'administration :

Dosage :

Fréquence :

Durée du traitement :

- Nom du médicament :

Principe actif :

Mode d'administration :

Dosage :

Fréquence :

Durée du traitement :

Fait à, le/...../20.....

Cachet du Docteur

Signature