**Administration de médicaments**

(concerne médecine traditionnelle et alternative)

Nom et prénom de l’enfant : …………………………………………………………………

Nom et prénom des parents : ……………………………………………………………….

Maladie/allergie/ symptômes : ……………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

Nom du médicament : ….…………………………………………………………………….

Posologie et remarques : ………………………………………………………………….....

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Date du début :…………………………….. Date de la fin : ……………………….

Date et signature des parents :