



## TRAITEMENT MEDICAL

J'autorise le personnel de l'AES de Villorsonnens à donner à mon enfant

\_\_\_\_\_ (Prénom et Nom),

le traitement suivant :

Nom du médicament : \_\_\_\_\_

Posologie (dosage) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Matin      Heure : \_\_\_\_\_

Midi      Heure : \_\_\_\_\_

Après école      Heure : \_\_\_\_\_

Seulement en cas de besoin

Remarques \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Durée du traitement : Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Est-ce que ce traitement a été prescrit par le médecin :  oui  non

Si oui : nom, adresse et téléphone du médecin :

\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_