



**INFORMATION SUR LA PRISE DE MEDICAMENTS
DURANT LE SEJOUR A SAINT LEONARD DES BOIS**

Nom, prénom et classe de l'enfant

À compléter par le parent/tuteur :

JE SOUSSIGNÉ(E) (Nom et prénom).....

PÈRE MÈRE TUTEUR RÉPONDANT DE L'ENFANT

informe les enseignants que mon enfant devra prendre le(s) médicament(s) suivant(s) suite à une prescription médicale :

.....

selon les modalités reprises ci-dessous, pendant le séjour à Saint Léonard Des Bois qui se déroulera du .../09/2023 au/09/2023.

Posologie du/des médicament(s) :

	Nom complet du produit	Mode d'administration	Dosage	Fréquence	Durée du traitement
1er médicament					
2ème médicament					
3ème médicament					

Les médicaments et l'ordonnance, placés dans un sac avec le nom de l'enfant, seront à remettre à un professeur du séjour le matin du départ accompagnés de cette feuille, de ce fait j'autorise ces derniers à donner les médicaments cités ci- dessus

• Remarques :

COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT :.....

DATE ET SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR



**INFORMATION SUR LA PRISE DE MEDICAMENTS
DURANT LE SEJOUR A SAINT LEONARD DES BOIS**

Nom, prénom et classe de l'enfant

À compléter par le parent/tuteur :

JE SOUSSIGNÉ(E) (Nom et prénom).....

PÈRE MÈRE TUTEUR RÉPONDANT DE L'ENFANT

informe les enseignants que mon enfant devra prendre le(s) médicament(s) suivant(s) suite à une prescription médicale :

.....

selon les modalités reprises ci-dessous, pendant le séjour à Saint Léonard Des Bois qui se déroulera du/09/2023 au/09/2023.

Posologie du/des médicament(s) :

	Nom complet du produit	Mode d'administration	Dosage	Fréquence	Durée du traitement
1er médicament					
2ème médicament					
3ème médicament					

Les médicaments et l'ordonnance, placés dans un sac avec le nom de l'enfant, seront à remettre à un professeur du séjour le matin du départ accompagnés de cette feuille, de ce fait j'autorise ces derniers à donner les médicaments cités ci- dessus

• Remarques :

.....

COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT :

DATE ET SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR

