

#  Autorisation parentale pour la prescription de médicaments

**À compléter par le médecin si l’enfant doit prendre un médicament.**

Prénom : …………………………………………... Nom : ………………………………………………

Adresse complète : Rue…………………………………. – N°..........

Code Postal : …………. Ville : …………………………………………..

Téléphone : ………………………….

**Prescription médicale**

Je soussigné-e …………………………………………………………………………………………………, Docteur-e en médecine,

atteste que ………………………………………………………………………………………………….

a besoin de prendre les médicaments mentionnés ci-dessous durant le séjour organisé par l’unité 34 BW – unité des Quatre Vents qui se déroulera du ……………………………….. au ………………………………..

à ………………………………………….. (localité).

* 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 ………………………………..

Cachet du médecin Signature