

COMMUNE MIXTE DE COURROUX

MAISON DE L'ENFANCE



Informations concernant le traitement médical – transmettre à l'arrivée de l'enfant

Nom et prénom :			
Poids de l'enfant :			
Malade depuis le :			
Indication (fièvre, douleurs, etc.) :			
Médecin consulté :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Nom du médecin :			
Médicament prescrit par :	<input type="checkbox"/> Médecin	<input type="checkbox"/> Pharmacie	<input type="checkbox"/> Parents
Nom et posologie du médicament :	<input type="checkbox"/> Température	<input type="checkbox"/> Réfrigérateur	<input type="checkbox"/> Autres
Date de péremption :		/	
Heure(s) de prise du médicament :		/	
Date de début du traitement :		/	
Date de fin du traitement :		/	
Date		/	
Signature du/des parent(s) :			

Traité par :	
Date et signature du personnel :	
Administration faite par :	
Heures et signature :	

⚠ Informations supplémentaires

- ➡ Toute spécificité liée à votre enfant doit être annoncée à son arrivée. (Vaccins, mal de dent, etc.)
- ➡ Toutes les demandes faites par téléphone ne seront plus acceptées. Elles doivent être faites par le biais de cette fiche.

Nous vous remercions pour votre précieuse collaboration !

La direction