La trousse à pharmacie de mon enfant

Nom et prénom de l'enfant:

Date de naissance:

Veuillez lister ci-après, le nom des médicaments contenus dans la trousse à pharmacie et que vous nous autorisez à donner de votre enfant en cas de besoin.
Merci également d'indiquer la posologie pour chaque médicament.

Nom du médicament	Posologie	Dans quelles situations donner ce médicament?
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Nom et prénom du/des parent/s:

Lieu et Date: **Signature:**