

Certificat médical de traitement à suivre

annexe à la fiche médicale individuelle

Je soussigné, docteur en médecine,

déclare par la présente que (prénom et nom de l'enfant/du jeune) :

.....

né le :

peut participer aux activités de mouvements de jeunesse et doit prendre le traitement suivante :

nom du médicament :

dose (quantité et fréquence par jour/heure) :

administration :

par les animateurs

peut prendre elle/lui-même ce médicament

par un professionnel de la santé :

mesures particulières de conservation : (frigo,... ?)

à conserver par les animateurs

peut conserver elle/lui-même ce médicament

date éventuelle de fin de traitement :

motif du traitement :

effets secondaires possibles dont les animateurs doivent tenir compte :

.....

schéma au verso (en cas de prescriptions multiples, par exemple)

numéro de téléphone du médecin :

fait à (lieu) : le (date):

signature et cachet du médecin:

schéma d'administration du traitement

Nom du médicament	jour	heure	à administrer par...	mesures de conservation	à laisser à disposition de...	Effets secondaires