



## Prescription médicale

À compléter par le médecin si le jeune doit prendre au moins un médicament

Nom et prénom du jeune : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

### PRESCRIPTION MEDICALE

Je soussigné ..... Docteur en médecine,  
atteste que .....  
a besoin de prendre les médicaments mentionnés ci-dessous durant le WEEKEND /  
CAMP (barrer la mention inutile), organisé par ....., qui se  
déroulera du ...../...../20..... au ...../...../20.....  
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 ...../...../20.....

Cachet du médecin

Signature

