



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
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

