# Modèle de 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