

# Modèle de : Prescription médicale (directive de l'O.N.E.)

**A compléter obligatoirement par le médecin si l'enfant doit prendre un médicament**

**Médicament(s) :** si votre enfant devait prendre un médicament quelconque, remettez-le au secrétariat, nous nous chargerions de le lui donner, sous réserve de nous fournir obligatoirement une prescription médicale avec la posologie signée par le médecin autorisant la prise de ce médicament.

**Je soussigné : Nom & adresse du médecin traitant :**

Docteur		Prénom	
Rue		N°	
Code :		Localité	
Tél. :		GSM :	

Docteur en médecine atteste que le participant suivant a besoin de prendre des médicaments, mentionnés ci-dessous, durant les activités de vacances chez les Castors à 6250 Aiseau (Tél. 071/76.03.22 – email : [info@castor.be](mailto:info@castor.be) – [www.castor.be](http://www.castor.be))

Date du :		au :	
Date du :		au :	

**1. Participant : Données personnelles de l'enfant : (en lettre capitale)**

Nom de L'enfant	
Prénom	
Rue	N°
Code	Localité

**Nom du médicament N°1 :**

Principe actif :	
Mode d'administration	
Dosage :	
Fréquence :	
Durée du traitement :	

**Nom du médicament N°2 :**

Principe actif :	
Mode d'administration	
Dosage :	
Fréquence :	
Durée du traitement :	

**Vos remarques**


Fait à :		Date le :	
----------	--	-----------	--

Signature du médecin

Cachet du médecin