1 Séjus 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

