

ANNEXE D4 : Fiche traitement

Nom et prénom :
Date de naissance :
Groupe :

Date :

Nom du médicament ou produit :

☐ Médicament

☐ Produit non médicamenteux

Si médicament, lequel :

Posologie/horaire :

Si non médicamenteux, cocher le produit :

☐ Crème de change

☐ Crème solaire

☐ Produit anti-tique

☐ Crème de soin

☐ Sérum physiologique

☐ Homéopathie

☐ Osa gel ou Camilia

☐ Baume à lèvres

☐ Huiles essentielles

Conservation :

☐ Au réfrigérateur

☐ Température ambiante

Prescription :

☐ Pédiatre

☐ Autorisé par les parents - Raisons :

Date de fin de traitement :

Je soussigné(e)....., autorise le personnel de la crèche à administrer le produit mentionné ci-dessus à mon enfant, conformément aux indications fournies.

Date et signature du représentant légal :