

Annexe 6 - Prescription médicale

Nom & prénom du participant :

Adresse complète :

.....

Téléphone :

Prescription médicale

Je soussigné/e

Atteste que (nom, prénom du participant)

a besoin de prendre les médicaments ci-dessous durant l'activité suivante

.....

qui se déroulera du/...../..... au/...../.....

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/...../.....

Cachet et signature du médecin :