

ORDONNANCE MEDICALE

Fait à

Le

Je soussigné(e), Docteur

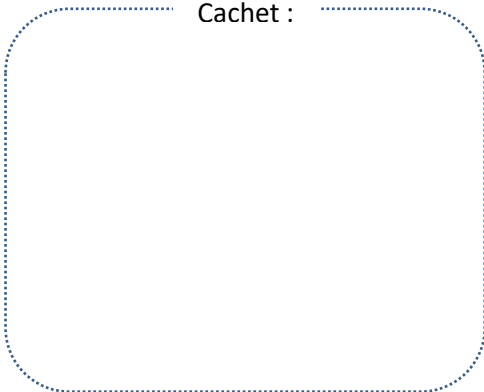
Certifie avoir examiné l'enfant (nom et prénom)

né(e) le (son poids) kg

Autorise le multi-accueil à lui administrer (nom du médicament)

(son dosage) en cas de douleur ou de fièvre supérieur à 38,5°

Cachet :



Signature :