



158^{bis} rue de Paris - 92190 MEUDON ☎ : 09 63 68 61 29 📠 : 09 70 62 72 03
✉ : idetour-adaptés@orange.fr Direction : ☎ : 01 46 89 04 68

ATTESTATION TRAITEMENT MÉDICAL

Nom et prénom du participant : _____ Age : _____

Lieu du séjour : _____ Dates du séjour : Du _____ au _____

Je soussigné _____ en qualité de _____
certifie que la préparation des médicaments, en quantité suffisante pour la durée complète du séjour (dans des piluliers
semainiers et journaliers avec le nom, le prénom et la photo du vacancier) a été effectuée par :

- L'infirmier/ière diplômé/ée d'état
- L'établissement Médico-social
- La famille

Joindre obligatoirement les originaux des prescriptions médicales.

Préciser les coordonnées de cette personne :

J'ai préparé à l'intention de l'assistant sanitaire et /ou du directeur :

- 1 pilulier journalier « départ », dûment complété avec la posologie (voir fiche pilulier).
- 1 pilulier journalier « retour », dûment complété avec la posologie (voir fiche pilulier).
- 1 2 3 pilulier(s) semainier(s) dûment complété(s) avec la posologie (voir fiche pilulier).