Contact : Tél :

PLAN DE PRISE DES MEDICAMENTS : ceci n'est pas une ordonnance

Nom : …… Prénom : …… Date : ……/……/20…..

Vos médicaments	**A quoi ça sert…**	**Petit déjeuner …. h**	**Déjeuner …. h**	**Goûter …. h**	**Diner …. h**	**Coucher …. h**