

|  |
| --- |
| **BANQUE MEDICAMENTS**  |

**NOM PRENOM :**

**ARRIVEE :**

Je soussigné(e) :

Dépose les médicaments suivants :

ORDONNANCE JOINTE OBLIGATOIREMENT

DATE :

SIGNATURE

OBSERVATIONS

**DEPART :**

Je soussigné(e) :

DATE :

SIGNATURE