



AUTORISATION DE PRISE D'UN MÉDICAMENT

Pour des raisons de sécurité, nous vous demandons de mentionner tout médicament qui doit être pris par l'enfant sur les heures de camp. Il est de votre responsabilité d'aviser la direction de toute modification concernant ces renseignements.

INFORMATION SUR L'ENFANT

| | |
|------------------------------|---------------------|
| Nom de l'enfant : | |
| Date de naissance : | |
| Nom du moniteur/trice : | |
| Numéro d'assurance-maladie : | Date d'expiration : |

PERSONNES-RESSOURCES

| | |
|---------------------------|------------------------------|
| Nom et prénom du parent : | |
| Tél. (résidence) : | Tél. (travail, cellulaire) : |

INFORMATION SUR LA MÉDICATION

| | |
|---|----------|
| Nom du médicament : | |
| Raison de la prise du médicament : | |
| Nom du médecin : | |
| Moyen de contacter le médecin : | |
| Dose : | |
| Fréquence : | Heures : |
| Forme : capsule/pilule à croquer <input type="checkbox"/> capsule/pilule à avaler <input type="checkbox"/> liquide <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> spécifiez : | |
| Mon enfant prend son médicament : seul <input type="checkbox"/> avec de l'aide <input type="checkbox"/> | |
| Le médicament a besoin d'être réfrigéré : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | |
| Date du début de la prise du médicament : | Fin : |
| Le médicament sera remis : chaque jour <input type="checkbox"/> chaque semaine <input type="checkbox"/> pour l'été complet <input type="checkbox"/> | |
| Autres informations pertinentes : | |

J'autorise mon enfant à prendre le médicament décrit ci-dessus en se conformant aux modalités prescrites.

Signatures

Parent/tuteur : _____ Date : _____

Coordonnateur : _____ Date : _____