



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. Merci d'aviser la direction du camp de jour de toute modification concernant ces renseignements.

INFORMATION SUR L'ENFANT

Nom de l'enfant :

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 :

Fréquence :

Heures :

Dose :

Forme : capsule, pilule liquide autre spécifiez :

Mon enfant prend son médicament : seul avec de l'aide

Le médicament a besoin d'être réfrigéré : oui non

Date du début de la prise du médicament :

Fin :

Le médicament sera remis à l'animateur : chaque jour chaque semaine

Autres informations pertinentes :

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

Nom du parent/tuteur : _____

Signature du parent/tuteur : _____ Date : _____

Signature du responsable de parc : _____ Date : _____