Camp de jour – Ville de Sept-Îles

AUTORISATION DE PRISE D'UN MÉDICAMENT

Pour des raisons de sécurité, nous vous demandons de mentionner tout médicament (prescrit ou en vente libre) qui doit être pris par l'enfant pendant les heures du camp de jour. Merci d'aviser les responsables du camp de jour de toute modification concernant ces renseignements.

INFORMATIONS

Prénom et nom de famille de l'enfant
Date de naissance
Groupe de camp de jour (nom de l'animal)
Prénom et nom de famille du parent/tuteur *Doit être inscrit sur la fiche d'inscription de l'enfant.
Numéro de téléphone (cellulaire)
Numéro de téléphone (résidence ou travail)

MÉDICAMENT

*Prendre note que le médicament doit être remis à un employé du camp de jour à la table d'accueil, à chaque jour. Seule la ou les doses quotidiennes sont acceptées.

Nom du médicament		
Raison de la prise du médicament		
Dose		
Fréquence		
Heure de la prise du médicament		
Forme du médicament		
Comprimé ☐	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		
Date de fin de la prise du médicament		
Autres informations pertinentes		

AUTORISATION

J'autorise mon enfant à prendre le médicament décrit ci-dessus conformément aux modalités prescrites :	
Signature du parent/tuteur	
Date	