

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

INFORMATION SUR L'ENFANT

Nom de l'enfant :
Date de naissance :
Groupe de camp de jour :

PERSONNE-RESSOURCE

Prénom du parent ou du tuteur :		
Nom du parent ou du tuteur :		
Tél.(résidence)	Tél. (cellulaire) :	Tél. (travail) :

MÉDICAMENT

Raison de la prise du médicament :	
Dose :	
Fréquence :	Heure requise pour la prise du médicament :
Forme du médicament : Comprimé <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 :	
Date de fin de la prise du médicament :	
Autres informations pertinentes :	

Prendre note que le médicament doit être remis à l'animateur sauterelle de la table d'accueil, à chaque jour. Seule la ou les doses quotidiennes sont acceptées.

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 : _____