



Administration des médicaments

Veillez envoyer par courriel ce formulaire au camp ou le remettre au responsable de l'accueil à votre arrivée.

CAMP DE VACANCES / RÉPITS		CAMP DE JOUR		GROUPE SCOLAIRE	
PARTICIPANT					
Prénom		Nom			
Date de naissance		Sexe	Masculin	Féminin	
No. assurance maladie		Expiration			
MÉDICAMENTS					
Nom du médicament	Raison	Heure	Posologie (mg ou ml)		
Commentaires (si vous indiquez « au besoin », fournir des explications)					
AUTORISATION					
Je reconnais que les informations décrites ci-dessus sont véridiques et j'autorise la personne responsable des soins de santé, ou son mandataire le cas échéant, à administrer les médicaments selon le dosage et la fréquence indiqués.					
Prénom et nom du parent ou tuteur	Signature du parent ou tuteur		Date		
RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION					
Chalet :			Moniteur :		
Notes :					