Autorisation de distribuer ou d’administrer un médicament prescrit

Votre enfant doit recevoir un médicament pendant sa présence au camp de jour. Nous vous demandons de remplir ce formulaire d’autorisation et nous le retourner dans les plus brefs délais.

Autorisation

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | Prénom : |
| Brève description du problème de santé : | |
|  | |
|  | |

Médication

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du médicament : | |
| Dosage : | Heure : |
| Durée du traitement : | |
| Effets secondaires prévisibles, si connus : | |
|  | |
| Mode de conservation du médicament : | |

Par la présente,

J’autorise un membre du personnel, délégué par le Camp de jour Saint-Simon, à distribuer ou administrer le médicament prescrit à mon enfant.

J’accepte ma responsabilité de prévenir le Camp de jour Saint-Simon de toute modification aux indications précédentes.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du parent ou du titulaire de l’autorité parentale Date