

## **Autorisation de distribuer ou d'administrer un médicament prescrit** **Été 2019**

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

Nom de l'enfant :	Prénom de l'enfant :
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 :	

### **Autorisation**

- J'autorise un membre du personnel, délégué par le Camp de jour Aux Quatre- Vents, à distribuer ou administrer le médicament prescrit à mon enfant.
- Mon enfant doit prendre son médicament pendant les heures du camp de jour, mais il le fera de manière autonome. Je dégage par le fait même l'administration du camp de jour de toute responsabilité face à la prise dudit médicament
- J'accepte ma responsabilité de prévenir le Camp de jour Aux 4 Vents de toute modification aux indications précédentes.

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou du titulaire de l'autorité parentale

\_\_\_\_\_  
Date