

DÉCHARGE DE MÉDICATION

Prise de médication sur les heures du camp de jour sous la supervision d'un responsable

INFORMATIONS SUR L'ENFANT	
Nom de l'enfant :	
Date de naissance :	
Numéro d'assurance-maladie :	Date d'expiration :

INFORMATIONS SUR LA MÉDICATION	
Nom du médicament :	
Raison de la prise du médicament :	
Dose :	
Fréquence :	Heures :
Forme : <input type="checkbox"/> capsule, pilule <input type="checkbox"/> liquide <input type="checkbox"/> autre : _____	
Mon enfant prend ce médicament : <input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> avec aide	
Le médicament a besoin d'être réfrigéré : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Date du début de la prise du médicament :	Fin :
Autre information pertinente :	

Par la présente, j'autorise le Patro de Jonquière, à administrer à mon enfant la médication à mon enfant.

Nom du parent/tuteur : _____

Signature du parent/tuteur : _____

Date : _____

**La médication doit être remise en main propre à un coordonnateur
préférentiellement dans un pilulier identifié au nom de l'enfant avec la
bonne posologie pour l'été ou bien dans un sac ou contenant identifié au
nom de l'enfant.**