



CENTRE-NOTRE-DAME-DE-FATIMA

ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS

<input type="checkbox"/> CAMP DE VACANCES / RÉPITS	<input type="checkbox"/> CAMP DE JOUR	<input type="checkbox"/> GROUPE SCOLAIRE	
PARTICIPANT			
Prénom		Nom	
Date de naissance		Sexe	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> 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 :			



À L'ÉTAT *naturel*

2464, boul. Perrot, Notre-Dame-de-l'Île-Perrot, QC J7V 8P4 info@mon-camp.ca T 514 453-7600

MON-CAMP.CA