



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						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		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